



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

**LİSE ÖĞRENCİLERİNİN VÜCUT KİTLE İNDEKSİ İLE YEME DAVRANIŞI
BOZUKLUĞU, BENLİK KAVRAMI VE KENDİNİ ALGILAMA ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

AYSEL ÖZDEMİR

DOKTORA TEZİ

**HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI**

SİVAS 2014

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

**LİSE ÖĞRENCİLERİNİN VÜCUT KİTLE İNDEKSİ İLE YEME DAVRANIŞI
BOZUKLUĞU, BENLİK KAVRAMI VE KENDİNİ ALGILAMA ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

AYSEL ÖZDEMİR

DOKTORA TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. GÜLAY KOÇOĞLU**

**SİVAS
2014**

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan (T.İ.K)

Prof. Dr. Hasan Hüseyin
POLAT

Üye (T.İ.K)

Prof.Dr. Ferit KOÇOĞLU

Üye

Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

Üye(Raportör)
(T.İ.K)

Yrd. Doç Dr. Ziyet ÇINAR

Üye (Danışman)

Prof. Dr. Gülay KOÇOĞLU

ONAY

Bu tez çalışması, 23.07.2014 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ali ÇELİKSÖZ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı senato toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

ÖZET

LİSE ÖĞRENCİLERİNİN VÜCUT KİTLE İNDEKSİ İLE YEME DAVRANIŞI BOZUKLUĞU, BENLİK KAVRAMI VE KENDİNİ ALGILAMA ARASINDAKİ İLİŞKİ

Aysel ÖZDEMİR

Doktora Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Gülay KOÇOĞLU

2014, 110 sayfa

Araştırma; lise öğrencilerinin vücut kitle indeksi ile yeme davranışı bozukluğu, benlik kavramı ve kendini algılama arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır. Tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile Bursa ili merkez ilçelerindeki 9 farklı türde eğitim veren liselerden seçilen 953 öğrenci çalışmaya alınmıştır.

Veriler, “Öğrenci Tanıtım Formu” , “Yeme Tutum Envanteri – EAT-40 (Eating Attitude Test) Ölçeği ” , Pier-Harris Çocuklar İçin Öz Benlik Kavramı Ölçeği ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Öğrencilerin ağırlık, boy uzunluğu, bel çevresi ve kalça çevresi ölçümleri yapılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 56,9’i (n:542) kız, %43,1 (n:411) erkek olup yaş ortalaması $15,74\pm 1,27$ bulunmuştur. Öğrencilerin beden kitle indeksi(BKI) ortalaması $21,14\pm 3,43$ olup, yaşa ve cinsiyete göre BKİ’leri değerlendirildiğinde % 12,6’ sının kilolu (hafif şişman), %3,3’ünün obez, %2,7’sinin zayıf olduğu ve toplam %18,6’sının kilo ile ilgili sorun yaşadığı tespit edilmiştir.

Öğrencilerin yeme tutum puan ortalaması $20,59\pm 11,69$, benlik kavramı puan ortalaması $56,07\pm 10,13$, sosyal karşılaştırma puan ortalaması $69,51\pm 25,31$ olarak bulunmuştur. %12,3’ünde yeme bozukluğu vardır, %14,4’ünün benlik kavramı düzeyleri düşüktür. Vücut ağırlığı durumları ile yeme bozukluğu durumları ve benlik kavramı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Öğrencilerin yeme tutumu puanlarını etkileyen faktörler incelendiğinde; kızların puanı erkeklerden yüksek bulunmuştur. Okulunu isteyerek seçmeyenlerin, annesi okur-yazar

olmayanların, annesi ev hanımı olanların, ailesi düşük gelir grubundakilerin YTT puanı diğerlerinden yüksektir. Okullara göre ise en yüksek YTT puanı Kız Meslek Lisesinde, en düşük puan ise Fen Lisesinde okuyanlardadır. Okullar arasında YTT puanı önemli farklılık göstermektedir. Annesi şişman ve ailesinde kilolu birey olanların, sağlık problemi olanların, kişilerarası ilişkilerde zorluk çekenlerin, ailesinin tutumuna kızan ve ilgisiz bulanların, diyet yapanların, düzenli kahvaltı, öğle ve akşam yemeği yemeyenlerin, kilo vermek isteyenlerin, kilosunu hergün kontrol edenlerin YTT puanı da diğerlerinden yüksek bulunmuştur. Uykuya yatış zamanı ve kalitesi de yeme tutum puanını etkilemektedir. BKİ değeri ile ailedeki birey ve kardeş sayısı arttıkça YTT puanı artmakla birlikte aradaki ilişkinin zayıf olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Benlik kavramı puanlarını etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; erkeklerin benlik kavramı puanı kızlarınkinden yüksek bulunmuştur, Okulunu isteyerek seçenlerin, başarılı ve sosyal güvencesi olanların, kişiler arası ilişkilerde zorluk çekmeyenlerin, ailesinin tutumundan mutlu olanların, ailesinin kararlarına saygı duyduğunu veya sınır koymadığını belirtenlerin, kilosunu fazla bulanların, rahat uyuyanların benlik kavramı puanları diğerlerinden yüksektir. Buna karşın; annesi okur-yazar olmayanların, sağlık problemi olanların, sigara içenlerin, bazen besin takviyesi alanların, düzenli egzersiz yapmayanların düzenli kahvaltı, öğlen ve akşam yemeği tüketmeyenlerin, diyet yapanların benlik kavramı puanları diğerlerinden düşüktür. Kilo alınca yapılanlar da benlik puanı etkilemektedir. Yaş ve kardeş sayısı arttıkça benlik kavramı puanı düşmekle birlikte aradaki ilişkinin zayıf olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sosyal karşılarma puanını etkileyen faktörler incelendiğinde ise; erkeklerin puanı kızlarınkinden yüksek bulunmuştur. Babası çalışmayan ve ortaokul mezunu olanların, annesi işçi olanların, orta düzeyde geliri olanların puanı düşüktür. Annesi üniversite mezunu olanların, parçalanmış ailede yaşayanların puanı ise yüksektir. Ailedeki kişi ve kardeş sayısı ile bel/kalça oranı arttıkça puan düşerken TV izleme süresi ile BKİ değeri arttıkça artmakta olup aradaki ilişkinin zayıf olduğu saptanmıştır. Egzersiz yapanların, değişik saatte uyuyanların, alkol kullananların, düzenli akşam yemeği yiyenlerin, öğün sayısı 6+ olanların, kişiler arası ilişkilerden güçlük çekmeyenlerin, ailesinin tutumuna kızanların sosyal karşılaştırma puanı diğerlerinden yüksektir ($p<0.05$).

Yapılan korelasyon analizleri sonucunda; öğrencilerin yeme tutum puanı ile benlik kavramı puanının azaldığı, benlik kavramı puanı artıkça sosyal karşılaştırma puanının da arttığı ($p < 0.001$), ancak bu ilişkilerin zayıf olduğu, yeme tutum puanı ile sosyal karşılaştırma puanı arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Öğrencilerin kilolarını algılamalarında da sorun olduğu saptanmıştır. Zayıf olan öğrencilerden % 50.0'si kendini fazla kilolu olarak değerlendirirken, normal kilolu öğrencilerin %35.4'ü fazla kilolu olduğunu ifade etmektedir. Kilolu (%73.3) ve şişman (%80.6) öğrencilerin ise çoğunun durumlarının farkında olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, lise öğrencilerinin adolesan dönemdeki değişimleri ve çevresel etmenlerin etkisiyle yeme bozukluklarına yatkın olabileceği tespit edilmiş olup, yakından takip edilmesi gereken yaş grubu olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Yeme bozuklukları, EAT-40, yeme tutum testi, vücut kitle indeksi, benlik kavramı, sosyal karşılaştırma

ABSTRACT

Aysel ÖZDEMİR

Doctorate Thesis, Public Health Department

Consultant: Prof. Dr. Gülay KOÇOĞLU

2014, 110 pages

This study is conducted cross sectionally on 936 high school students who are randomly sampled through 9 different types of high schools in Bursa city (Turkey), to determine the association in between body mass index and eating disorders, self-esteem and self perception.

The data are gathered via student identification form, eating habit inventory EAT-40 (Eating Attitude) test”, Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale and Social Comparison Scale. Weight, height, waist and hip circumferences of the students were measured.

56, 9% of students are female (n: 542), 43, 1% are male (n: 411) and mean age of the whole group was 15, 74±1, 27. The mean body mass index (BMI) of the students was 21,14±3,43 kg/m² and when age and gender was taken into consideration 12.6% was moderately overweight, 3.3% was obese, 2,7% was thin and as a total 18.6% had problems related to body weight. Of the students; the mean eating attitude test scores was 20.59±11.69, the mean self-esteem score was 56.07±10.13, the mean social comparison scale score was 69.51±25.31. Among the students 12.3% had eating disorders and 14.4% had low self-esteem scores. No significant association was found between body weight, eating disorders and self esteem scores (p>0.05).

Examining the factors that affected eating attitude test scores, it was found that girls’ scores were higher than of boys’. The eating attitude test scores were higher in students who had been involuntarily attended their schools, with illiterate mothers, whose mothers were housewives, with families having total a lower income. The higher eating attitude test scores were found in students attending to the vocational school for girls and the lowest scores were in the students of science high school. The eating attitude test scores differed significantly among the schools. The eating attitude test scores were higher in the students with obese

mothers, with overweight family individuals and people having health problems, having difficulties in interpersonal relationship, in students who got angry with their families' attitudes, who find their families disinterested, who had dieting, who had no regular breakfast, lunch and dinner, who intended to lose weight, those who had controlled their weight on every day basis. Also going to bed time and the quality of sleep affected the eating attitude test scores. The BMI and number of family members and siblings increased with increasing eating attitude test scores, but the relation was not significant ($p < 0.05$).

When the Self-esteem scores were examined it was found that boys scored higher than girls. Self-esteem scores are higher in students being volunteer for the school that they attended, having success in the school, having social security, having no difficulties in interpersonal relationship, being happy with families' attitudes, who found themselves overweight, stating that their family respected their decision and has put no limitations, having no sleep problems. In contrast; self-esteem scores were lower in students whose mothers were illiterate, who had health problems, who smokes, who takes nutritional supplements, who do not perform regular exercise, who had no regular breakfast, lunch and dinner, who were on a diet sometime. The self-esteem scores decreased with increasing number of siblings, but the association was not significant ($p < 0.05$).

Social comparison scores of the boys were higher than of the girls'. The social comparison scores of students with unemployed fathers, having worker mothers, and students with moderate family income were significantly low. The social comparison scores were lower in students whose mothers with university degree and in those with separated families. The scores decrease with increased number of family members and siblings and increased waist-hip ratio. The social scores were lower in students who exercise, who goes bed at irregular times, who consumes alcohol, who have regular dinner, who had meals more than 6 times a day, who had no problems in interpersonal relationships, and in those who were unpleasant with their families' attitudes ($p < 0.05$).

The correlation analyses revealed that; as eating attitude test scores increased the self-esteem points decreased and when self esteem point scores increased the social comparison scale points also increased ($p < 0.001$), but the relation was weak and there were no significant association between the eating attitude test score and social comparison scale score ($p > 0.05$).

A weight perception problem is observed among the students. 50% of thin students thought that they were overweight, and 35.4% of normal weight students thought that they were overweight. 73.3% of overweight and 80.6% of obese students were aware of their status.

As a result; the development of the adolescents and environmental factors make the group susceptible to eating disorders and this age group needs to be closely monitored.

Key word: Eating disorders, EAT-40, eating attitude test, body mass index, self esteem, social comparison

TEŞEKKÜR

Danışmanım Prof. Dr. Gülay KOÇOĞLU'na tez boyunca yaptığı katkılardan dolayı teşekkür ederim.

Çalışma boyunca bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren Doç. Dr. Hicran YILDIZ ve Doç. Dr. Neriman AKANSEL've Öğretim Görevlisi Seda PEHLİVAN'a müteşekkirim.

Tezin örneklem hesaplaması aşamasında yardımcı olan ve imkan sağlayan Prof. Dr. Ziyet ÇINAR'a teşekkür ederim.

Sivas'taki hocalarım, dostalarım ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Veri toplama aşamasında katkıda bulunan Hemşirelik Bölümü öğrencilerime teşekkür ederim.

Her konuda sabırla yardımcı olan eşim Doç. Dr. Bülent ÖZDEMİR'e ve annesi Sabiha ÖZDEMİR'e teşekkür ederim.

Canım babama, ağabeyim ve kardeşime teşekkür ederim.

Ayrıca hayat kaynağım çocuklarım Derya irem, Hasan Burak, Fatma ve Nadir ÖZDEMİR'ime sabırlı davranışlarından dolayı çok teşekkür ederim.

Kaybetmiş olmama rağmen her zaman yanımda olduklarını bildiğim canım annem ve abime çok teşekkür ederim.

Hayatımda benim için o kadar değerli insanlar var ki, hangisine nasıl teşekkür edeceğimi bilemiyorum. Sadece hayatımda oldukları ve benim yanımda buldukları her saniye için çok şanslı olduğumu biliyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	v
ABSTRACT	viii
TEŞEKKÜR	xi
İÇİNDEKİLER	xii
TABLolar DİZİNİ	xiv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xvi
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Adolesan dönemde gelişim	5
2.1.1.Fiziksel ve Psikolojik Gelişim	6
2.1.2. Kişilik, Kimlik ve Benlik Kavramı Gelişim	7
2.1.3. Beden İmgesi Gelişim, Benlik Değeri(Self-Esteem).....	8
2.2. Adolesan Dönemde Beslenme	9
2.2.1. Enerji Gereksinimi.....	12
2.2.2. Protein Gereksinimi.....	13
2.2.3. Karbonhidrat ve Yağ Gereksinimi.....	14
2.2.4. Vitamin ve Mineral Gereksinimi.....	15
2.2.5. Adolesan Dönemde Beslenme Tutumlarını Etkileyen Faktörler.....	18
2.2.5.1. Fiziksel Gelişim ve Bedensel Algısı.....	18
2.2.5.2. Cinsiyet ve Yaş	19
2.2.5.3.Toplumun Kültürel Yapısı ve Medya.....	19
2.3. Yeme Bozuklukları	20
2.3.1. Tanımı	20
2.3.2. Etiyolojisi	21
2.3.3. Epidemiyoloji	22
2.3.4. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	24
2.3.4.1. Anoreksiya Nevroz(AN).....	25
2.3.4.1.1. Tanılanması.....	25
2.3.4.1.2. Prognozu	26
2.3.4.1.3. Tedavisi.....	27
2.3.4.2. Bulimia Nevroza(BN)	28
2.3.4.2.1. Tanılanması	28
2.3.4.2.2. Proğnozu	29
2.3.4.2.3. Tedavisi.....	30
2.3.4.3. Başka Türü Adlandırılmamış Yeme Bozuklukları (BTA YB)	31

2.3.5. Yeme Bozukluklarında Tedavi Yaklaşımları	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Tipi	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.4. Veri Toplama Araçları	34
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	38
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	38
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
ÖZGEÇMİŞ	78
KAYNAKLAR	79
EKLER	95
EK-1: Sosyodemografik Bilgi Formu	95
EK-2: Yeme Tutum Envanteri(YT)	98
EK-3: Piers-Harris Benlik Kavramı Ölçeği	100
EK-4: Sosyal Karşılaştırma Ölçeği	103
EK-5: Yaşa Göre Beden Kitle İndeksi(5-19 Yaş Erkek-Kız)-WHO-2007	104
EK-6: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Onayı	105
EK-7: Bursa İl Milli Eğitim Müdürlüğü Onayı	106
EK-8: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	108
EK-9: Bilgilendirilmiş Olur Formu	110

TABLULAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>		<u>Sayfa No</u>
Tablo 1.	Adolesanlar için Beden Kitle İndeksine Göre Vücut Ağırlığının Değerlendirilmesi	36
Tablo 2.	Cinsiyete göre bel/kalça oranı değerleri	37
Tablo 3.	Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	39
Tablo 4.	Öğrencilerin ve ailelerinin vücut ağırlığı durumlarına ilişkin özelliklerine göre dağılımı	41
Tablo 5.	Öğrencilerin sağlık durumu ve alışkanlık özelliklerine göre dağılımı	42
Tablo 6.	Öğrencilerin, aile ve sosyal çevreleriyle ilişkileriyle ilgili çeşitli özelliklerinin dağılımı	43
Tablo 7.	Öğrencilerin beslenme ile ilgili çeşitli özelliklerine göre dağılımı	45
Tablo 8.	Öğrencilerin kilo durumuna ilişkin düşünce ve tutumların dağılımı	46
Tablo 9.	Öğrencilerin vücut kitle indeksi ve kilolarını algılama durumlarına göre dağılımı	47
Tablo 10.	Öğrencilerin yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeği puanlarının dağılımı	47
Tablo 11.	Öğrencilerin okullarına göre yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeği puanları	49
Tablo 12.	Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçek puanları	51
Tablo 13.	Öğrencilerin ve ailelerinin vücut ağırlığına ilişkin özelliklerine göre yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeği puanları	53
Tablo 14.	Öğrencilerin vücut ağırlığı ve yeme bozukluğu durumlarına göre dağılımı	54
Tablo 15.	Öğrencilerin vücut ağırlığı durumuna göre benlik kavramı alt boyut puanları	59
Tablo 16.	Öğrencilerin vücut ağırlığına ve benlik kavramı patolojisi durumlarına göre dağılımı	55
Tablo 17.	Öğrencilerin vücut ağırlığı durumuna göre sosyal karşılaştırma alt boyut puanları	55
Tablo 18.	Öğrencilerin sağlık durumu ve alışkanlıklarına ilişkin özelliklerine göre yeme tutumu, benlik kavramı, sosyal karşılaştırma ölçeği puanları	57
Tablo 19	Öğrencilerin aile ve sosyal çevreyle ilişkileriyle ilgili özelliklerine göre yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeği puanları	59
Tablo 20	Öğrencilerin beslenmeyle ilgili özelliklerine göre yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeği puanları	60

Tablo 21 Öğrencilerin vücut ağırlığına ilişkin düşünce ve tutumlarına göre yeme 61
tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeği puanları

KISALTMALAR LİSTESİ

CÜ	Cumhuriyet Üniversitesi
WHO (DSÖ)	(World Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
PHV	Peak Height Velocity (Büyüme Hızı Doruğu)
SMR	Sexual Maturity Ratings
DKK	Doruk Kemik Kütlesi
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders
CHO	Karbonhidrat
BKI	Beden Kitle İndeksi
YB	Yeme Bozuklukları
OKB	Obsesif-Kompulsif Bozukluk
AN	Anoreksiya Nevroza
BN	Bulimiya Nevroza
BTA YB	Başka Türü Tanımlanamayan Yeme Bozukluklar
EDNOS	Eating Disorders Not Otherwise Specified
TKY	Tıkınırcasına yeme bozukluğu
APA	Amerikan Psikiyatri Association
SBS	Seviye Belirleme Sınavı
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
KDT	Kognitif Davranışçı Tedavi
EAT-40	Eating Attitude Test) Yeme Tutum Envanteri
YTT	Yeme Tutum Testi
TOÇBİ	Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi

1.GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Yeterli ve dengeli beslenme, yaşamın her döneminde sağlıklı olmanın temel koşullarının başında gelmektedir. Bu dönemlerden biri de adolesan dönemdir[1]. Adolesan dönem fiziksel, biyokimyasal, ruhsal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme ve olgunlaşma süreçleriyle çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olup [2,3], bazı kaynaklarda ‘gelişen’ anlamındaki ‘ergenlik’ terimi ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır [4].

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin yayınladığı Psikiyatri Sözlüğü’nde (Psychiatric Glossary) yer alan tanıma göre; ergenlik, “Fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan, bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, çok da belirli olmayan bir zamanda sona eren kronolojik bir dönem olup, hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerle karakterizedir” [5].

Bilimsel çalışmalar, sosyoekonomik koşullar, ırk, zeka, kültürel farklılıklar, iklim koşulları, bireysel olgunlaşma düzeyi ve ailenin, adolesan dönemin başlangıcı ve bitişinde belirgin bir etkisi olduğunu göstermekle birlikte [6], bu dönemin başlangıç ve bitişi, toplumdaki topluma, kültürden kültüre, hatta aileden aileye değişen ve homojen olmayan bir yapı sergilemektedir [4,5,7].

Bireyin tüm yaşantısını etkileyebilecek davranış örüntülerinin geliştirildiği bu dönemlerde kendini tanımlama ve benlik kavramı ile kimlik gelişimi olarak adlandırılan iki rol geçişi yaşanır. Benlik kavramı, kişilik gelişiminin çekirdeğidir ve birçok değişkenden etkilenir. Bunlar; fiziksel değişikliklerle birlikte görülen beden imajındaki değişim, zihinsel büyüme, duygusal bağımsızlığın artması, değerler, cinsel davranışlar, sosyal rol değişimi ve meslek, arkadaş seçimi gibi kararlardır [8].

Adolesan, yoğun bir kimlik arayışı, benlik kavramı ve beden imgesi geliştirme çabası içindedir [9]. Kimlik arayışı, bireyin geçmiş ve mevcut deneyimlerini birleştirerek, kendini başkalarından farklı ve tutarlı bir şekilde tanımlamasıdır [10]. Beden imgesi ise, ergenin vücut ölçütleri hakkında önce ailesinin yorumlarıyla başlayan, daha sonra sosyal karşılaştırmalar, kültürel etkiler ve başkalarının düşüncelerinin etkisi ile şekillenen beden imajı şemasını oluşturduğu dönemdir [11]. Bireyin kendisi için oluşturduğu beden imajı ile kendisine başkaları tarafından sunulan vücut ölçütleri arasında tutarsızlıkların olması durumunda beden imgesine ilişkin olumsuz algılamalar ortaya çıkar [9,12-14]. Özellikle boy, kilo gibi fiziksel

parametrelerin ya da zayıf olmanın çekici olmakla ilişkilendirilmesi, zamanın çoğunu ayna karşısında geçirerek kendi yaşlıları ile sürekli karşılaştırmaların yapıldığı bu süreç son derece önemlidir [10]. Yapılan çalışmalar, bu dönemdeki gençlerin büyük çoğunluğunun bedenleriyle uğraştığını ve çoğunun bedenlerinden hoşnut olmadığını ortaya çıkarmıştır. Bu dönemde adolesanın kendini fiziksel açıdan olumlu değerlendirmesi, kişilerarası ilişkilerde daha güvenli ve işlerinde daha başarılı olmasını sağlarken, kendini beğenmeyen ve kendinde birçok kusur bulunduğunu düşünen adolesanlar da yaşamın çeşitli dönemlerinde sürekli huzursuzluk, güvensizlik ve değersizlik duyguları yaşamaktadır. Bu durum onları kişisel başarısızlıklara sürüklemekte ve benlik kavramının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır [12]

Kişinin kendini değerlendirmesine büyük ölçüde etkisi olan fiziksel değişimler ne kadar fazla olursa ergen bunu kontrol altına almak, bedenine kendi istediği şekli verebilmek amacıyla çeşitli girişimler sergiler. Adolesan dönemi, gençlerin pek çok nitelik ve alışkanlığı kazandığı, diğer yandan da çeşitli sorunlarla yüzleştiği, sağlığı riske sokacak davranışların sergilendiği bir süreç haline dönmektedir. Genellikle arkadaşlar tarafından önerilen veya medyanın etkisi ile hekime danışılmadan başlanan, sağlığın olumsuz yönde etkilenmesine neden olan diyet uygulamaları bunlardan bir tanesidir [2,10,15,16].

Yeme bozukluklarında biyolojik, psikolojik, kültürel faktörler ve yeme alışkanlıklarının etkisi yadsınmaz ve düşük benlik saygısının yeme bozukluklarını ortaya çıkaran önemli bir risk faktörü olduğu bir gerçektir [13,17-20]. Adolesanlarda majör bir halk sağlığı sorunu olan, sıklıkla genç kızlarda ciddi duygusal ve fiziksel problemlere yol açan yeme davranışı bozukluklarının prevalansı %1-4 arasında değişmekle birlikte son yıllarda belirgin bir artış göstermektedir [21,22]. Ancak, kontrolsüz ve hiçbir dayanağı olmayan, temelde kilo vermek ya da düşük vücut ağırlığını korumak amacına dayanan bu uygulamaların, ergenlerde yeni tutum ve davranışların gelişmesine yol açtığı, büyüme ve gelişme için gerekli besin maddelerinin alınmasını engellediği, ergenliğe özgü psikopatolojik durumlar olarak tanımlanan anoreksia nervosa ve bulimia gibi karmaşık sağlık problemlerine yol açtığı unutulmamalıdır [2,10,16,23]. Aşırı kilo korkusu veya kilo vermek için bozulmuş yeme alışkanlıkları, kendi kendini kusturma, laksatif veya kilo verdirici ilaç kullanımı gibi patolojik tutumlara da yol açmakta [24], bunun dışında bilinçsiz diyet uygulayarak hızlı kilo veren ergenlerde pek çok endokrin ve metabolik sorunlar ortaya çıkabilmektedir [25]. Amerika Birleşik Devletleri'nde her ay kız çocuklarının %6.0'sı, erkek çocuklarının %2.5'i

kilolarını kontrol etmek amacıyla kusmakta veya laksatif kullanma yolunu seçmektedir [16]. Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme sendromu ve gece yeme sendromu gibi rahatsızlıkların yer aldığı yeme bozuklukları, tüm dünyada olduğu gibi son 20-25 yılda ülkemizde de hızlı bir artış göstermiştir [22]. Her ne kadar yüksek sosyoekonomik kültüre ait bir hastalık olarak algılansa da, yapılan birçok çalışma bu hastalıkların tüm sosyal sınıflarda görüldüğünü doğrulamaktadır [25]. Ergenlerde, yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışmada, yeme bozukluğu nokta yaygınlığı %2.33 bulunmuş olup, ergen kızlarda oranın %4.03 olduğu saptanmıştır. Ayrıca, atipik yeme bozukluğunun ergenlerde en sık görülen yeme bozukluğu olduğu, tıknırcasına yeme bozukluğunun ise erkeklerde en sık görülen yeme bozukluğu olduğu saptanmıştır [26]. Patton ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yeme davranışı bozukluğu oranı %11 bulunmuştur [27]. İstanbul Bakırköy’de 1992 yılında dört liseden seçilen 1022’si kız, 956’sı erkek 1978 öğrenci arasında yapılan taramada, yaş ortalaması 16,22 olan, 14-19 yaşları arasındaki grubun %2,52’sinde (50 kişi) bulimiya ve %2’sinde (4 kişi) anoreksiya bulunmuştur [28]. Türkiye’de yeme bozukluğu ve etkileyen etmenleri tespit etmek amacıyla yapılan çalışmada, araştırma grubunun %42.9’unun BKİ’si normal sınırların altında, %6.3’ü hafif şişman, %0.7’si obez olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada kızlarda %11.5 oranında yeme bozukluğu saptanmıştır [29]. Ülkemizde yapılan diğer çeşitli çalışmalarda, öğrencilerin yeme alışkanlıklarının bozuk olduğu [30,31], düşük benlik saygısının öğrencilerde olumsuz yeme alışkanlıklarına yol açtığı belirlenmiştir [12,31,32].

Davranış biçimini değiştirmeye yönelik eğitim programlarının uygulanması, fiziksel aktiviteye yönlendirme, sağlıklı beslenme davranışı geliştirme, aile desteği ve psikoterapi yaklaşımlarının yeme bozukluğunu ortadan kaldırmada etkili olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle eğitimcilerin ve sağlık çalışanlarının beslenme alışkanlıklarını iyileştirmede ve sağlıksız kilo kontrolü davranışlarını azaltmada önemli görev ve sorumlulukları vardır [16].

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, SBS sınavındaki başarı durumuna göre girilebilen farklı eğitim veren okullarda okuyan lise öğrencilerinde vücut kitle indeksi, yeme davranışı bozukluğu, benlik kavramı ve kendini algılama arasındaki ilişkilerin şu ana kadar araştırılmamış olması nedeniyle planlanmıştır. Aynı zamanda, çalışmada kullanılan benlik saygısı ölçeğinin diğer çalışmalarda kullanılanlardan farklı olarak adolesanlara özgü olmasının (9-20 yaş) çalışmanın

güvenirliğini arttıracığı düşünölmektedir. Araştırmada öğrencilerin girmiş oldukları sınav sonuçları doğrutusunda zorunlu veya isteyerek seçtikleri okulların benlik saygısı ve yeme davranışı değişikliğine neden olup olmadığı da açığa çıkabilir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Adolesan Dönemde Gelişim

Adolesan terimi, latince de gelişerek olgunlaşma anlamına gelen, çocukluktan yetişkinliğe geçiş süreci olup [33], bireyin seksüel, fiziksel ve psikolojik gelişimi ile bilişsel ve sosyal değişimle yetişkin birey haline gelmesini tanımlar [34]. Adolesan dönem, hipotalamus-hipofiz-gonad ekseninin olgunlaşması ve aktivasyonu ile başlayıp; çevresel etkenlere maruziyet, genetik değişkenler arasındaki etkileşim, ruhsal etmenler, beslenme ve yaşam koşullarından etkilenen bir süreçtir [34,35]. Yaş sınıflaması bakımından kaynaklar arasında farklılıklar bulunmakla beraber, genellikle erken adolesan dönemi (12-14 yaş), orta adolesan dönemi (15-18 yaş) ve geç adolesan dönemi (19-21 yaş) olarak 3 evrede incelenir [7,36].

Erken adolesan dönem: 12-14 yaş grubunu kapsar. Bu süreçte vücuttaki hızlı değişimler adolesanın şaşkınlık ve endişe yaşamasına, bu değişiklikleri benimseyemediği için çevresindeki kişilere karşı davranış ve tepkilerinde ani çıkışlar göstermesine yol açmaktadır [37]. Erken büyüme genellikle erkeklerin ruh sağlığını olumlu etkilerken; kızlarda akranlarından daha düşük benlik saygısı, daha yüksek depresyon, anksiyete ve yeme bozukluklarına neden olmaktadır [6,38]. Bu dönemde kilo ve boy gibi vücut gelişimi en önemli konular olup, diyetler, fastfood alışkanlıklar, cips ve asitli içecekler hayatının ayrılmaz bir parçası haline gelir [37]. Adolesana özgü bir psikopatolojik durum olan anoreksiya nervosa ve bulimiya gibi yeme bozukluklarının da belirgin olarak bu süreçte ortaya çıktığı tespit edilmiştir [39].

Orta adolesan dönem: 15-18 yaşlarını kapsayan bu dönem, duygu ve ruhsal durumunda dalgalanmaların olduğu, fiziksel görüntü ile ilgili endişelerin açığa çıktığı bir dönemdir [7]. Ancak soyut düşünme yeteneği sayesinde ergen kendini başkalarının gördüğü gibi görmeye [36,38] erişkinleri taklit ederek sigara alkol gibi zararlı alışkanlıklar edinmeye başlayabilir [6].

Geç adolesan dönem: 19-21 yaşları arasını kapsayan bu dönem [34,36] kimlik gelişimi ve ayrışma için gösterilen çabanın son dönemidir. Fiziksel gelişim tamamlanır, bedensel değişimle ilgili görülen kafa karışıklığı ve bocalama azalır, kendini kontrol duygusu artar, daha olumlu ve daha gerçekçi benlik duygusu artar, daha az ben-merkezlidir ve başkalarını daha fazla düşünmeye başladığı için erişkin düşünce yapısı oluşur [40].

2.1.1 Fiziksel ve psikolojik gelişim

Adolesan dönemin kızlar için ilk fiziksel belirtileri 8 yaş kadar erken, 13 yaş kadar geç oluşabilmekte iken erkeklerde bu alt ve üst sınır 9-14 yaşdır [35,41]. Fiziksel gelişim incelendiğinde; adolesan dönemde kızlar ortalama 16-17 kilogram alır ve 20-25 santimetre uzar; erkekler ise 19-20 kilogram alır ve 25-28 santimetre uzar ve epifizlerin kapanmasıyla erişkin boya ulaşılmış olur [34,37]. Kızlarda kilo artışı büyük ölçüde yağ depolanması şeklinde olurken, erkeklerde kas gelişmesi ve iskelet kitlesinde artma şeklinde ortaya çıkar. Erkeklerde deri altı yağ dokusu azalırken, kızlarda artmaya devam eder [2,6,7,42,44]. Cinsiyete göre ergenlikte iskelet yapısı farklılıkları belirginleşir. Erkeklerde omuzlar genişler, pelvis dar kalır, kızlarda ise tam tersidir. Erkeklerde kemik kütlesi, kalınlığı ve dansitesi kızlardan daha belirgin olarak artar [6,42]. On yedi yaşında erkeklerin kas kütlesi kızların 2 katı olup, bu dönemin sonunda ise 2-4 kat daha fazladır [7].

Adolesan dönem, sosyal, ruhsal ve somatik hareketlerin somuttan soyuta gelişimi, bireyin bağımsızlığını kazanması, benlik saygısı, kimlik gelişiminin tamamlanması ve sosyal üretkenliğin kazanılmasıyla sona erer [45,46]. Sosyal olarak kabul görme, bağımsız olma, aileden ve diğer insanlardan sevgi ve saygı bekleme, kendine saygı duyma, başarı isteği, bedenen güçlü ve güzel olma gibi dönemsel özellikler, olumsuz sağlık davranışı örüntülerinin oluşmasını desteklemekte, sonuç olarak önlenebilir morbidite, mortalite ve kötü sağlık alışkanlıklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır [47,48]. Motorlu araç kazaları, yaralanmalar ve intiharlar, güvenli olmayan cinsel yaşam, alkol ve madde bağımlılıkları, sigara kullanımı, fiziksel dövüş, silah taşıma, araba kullanma, uygunsuz diyetler yapılması bu yaş grubundaki önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır [45].

Dünya nüfusunun %18'ini adolesanlar oluşturmaktadır [37,48,49]. 2012 verilerine göre; Türkiye nüfusunun %17.06'sını 10-19 yaş arasındaki bireylerden oluştuğu [49,50] düşünüldüğünde, toplumun en sağlıklı kesimini oluşturan bu bireylerin pek çok sağlık davranış örüntülerini de kazanmakta olduğu gözden kaçırılmamalıdır [51-53]. Günümüzde gençlerde sağlıksız, dengesiz beslenme alışkanlıkları ve buna bağlı gelişen hastalıklar önemli yer tutmakta [54] olup, TÜİK 2008 verilerine göre ülkemizde beslenme ile ilişkili olan hastalıklar (kalp hastalıkları, diyabet vb) ilk beş sırada yer almaktadır [50]. Erken yaşta ölen her 10 yetişkinden 7'sinin adolesan döneminde başlayan alışkanlıklara bağlı bir hastalık

nedeniyle olduğu düşünülürse ise bu dönemin sağlıklı geçirilmesi son derece önem kazanmaktadır [48].

2.1.2 Kişilik, Kimlik ve Benlik Kavramı Gelişimi

Adolesan dönem insan yaşamında oldukça karmaşık bir dönemdir. Adolesanlar, bir yandan fiziksel, zihinsel, duygusal gelişimlerini tamamlarken; diğer yandan sosyal, kültürel, ahlaki ve mesleki gelişimlerini tamamlamak zorunda oldukları bir süreç yaşar [48]. Adolesanda cinsel gelişimin başlaması ve büyüme hızının artmasıyla değişen fiziksel görünüş, artan bilişsel yetenekler ve iç gözlem kapasiteleri, onların kendi bedenlerini incelemelerine, ayrıca kendileri ve bedenleri hakkında başkalarının ne düşündüğünü sorgulamaya yöneltir [55]. Bu dönemde bedensel ve cinsel açıdan hoşnut olunacak bir beden algısına sahip olmak ve bunu korumak en önemli ihtiyaçlardan birisidir. Bu aynı zamanda benlik saygısının (self esteem) oluşması ve kimlik (identity) gelişimi bakımından da önem taşımaktadır [56]. Kimliğin şekillenmesi ve kendini birey olarak kabul ettirmeye çalışmak bu dönemin en önemli özelliğidir.

Kişilik için tek bir tanım yapmak zor olmakla birlikte, bireyin zihinsel ve bedensel özelliklerinde görülen farklılıklar ve bu farklılıkların kişinin davranış ve düşüncelerine yansımaları olarak tanımlanabilir [57]. Başka bir ifade ile bireyin iç ve dış çevresiyle kurduğu, diğer bireylerden ayırt edici, tutarlı ve yapılaşmış bir ilişki biçimidir [58].

Kişilik gelişimi, doğumla başlayan ve ölüme kadar devam eden, bireylerin diğer gelişim alanlarıyla paralellik gösteren dinamik bir süreçtir. Başta kişilik olmak üzere, benlik, kimlik, karakter, mizaç gibi kavramlar kişilik gelişimini açıklamakta kullanılmakla birlikte benlik kavramı bunun çekirdeğini oluşturur [59]. **Benlik kavramı** ise kişinin kendisinin kim olduğu, ne anlama geldiği, ne yapabileceği ve dünyaya nasıl uyum sağladığı ile ilgili düşüncelerini ifade etmektedir [58].

Benlik kavramı, doğuştan gelen bir özellik olmayıp, sosyal ve fiziksel çevre içinde zamanla oluşur. Aslında kişinin geliştirdiği benlik kavramı hem soyaçekimin hem de çevrenin eseridir [58,60]. Benlik, disiplin ve sevgi aracılığıyla ana-babadan, uygun davranışı gösterme baskısıyla yaşlılardan, başarı ya da başarısızlıkla okul ve daha birçok yaşantılardan etkilenir. Eğer her şey yolunda giderse çeşitli parçalar birbirleriyle harmanlanarak ve kapsayıcı bir benlik kavramı ve yapısı oluşur. Bedensel özellikler, sosyal, bilişsel ve akademik benlik bu boyutlardan sadece bazılarıdır [60-62]. Koşulsuz sevgi içinde büyüyen kişilerin kuvvetli ve

olumlu benlik kavramı geliştirdiği benlik kavramının olumlu pekişmesinin kişinin en üst düzeyde işlev görmesine, birçok eylemi denemesine fırsat verdiği belirtilmektedir [58,59,63]. Bununla birlikte benlik kavramının, psikolojik ve beden sağlığını etkilediği, başkalarıyla ilişkilerin şekillenmesinde akademik başarıya ulaşmada ve meslek seçiminde önemli bir unsur olduğu ifade edilmektedir.

Bireyin geçmiş ve mevcut deneyimlerini birleştirmesi kendisini diğer bireylerden farklı ve tutarlı bir şekilde tanımlaması olarak açıklanan kimlik, adolesan dönemde “ben kimim” sorusunun cevabını arayışla ortaya çıkar. Adolesanda kimlik; aile bağları, arkadaş ilişkileri, meslek seçimi, toplumdaki konum, amaçlar, dünya görüşü ve yaşam anlayışıyla var olabilen bir duygudur. Başka bir deyişle, kişi hem kendini herkesten farklı hem de çevresiyle anlamlı bağlar kurmuş biri olarak görür [64,65] ve anne-babasından kurtulmaya çalışır [7,59].

Kimlik gelişiminde 3 temel ögesi; cinsel kimlik, toplumsal kimlik ve mesleki kimliktir [64]. Fiziksel değişimler olmadan, cinsel kimlik gelişmesi zordur. Cinsel kimliğin gelişmesinde kültürel tutumlar, cinsiyete özgü davranışlar, beklenti ve mevcut rol modelleri önemlidir [7,36]. Toplumsal kimlik, adolesanın kendi grup ve toplum içindeki rollerini ve yerini tanıması ve tanıtmasıdır. Bu süreç başkası tarafından nasıl görüldüğü ve değerlendirildiğini anlamaya çalışma dönemidir [64]. Mesleki kimlik ise, mesleksel uğraşlara yönelme, meslek kazanmak için eğitim ve hazırlık yapmaktır. Ergenin bu dönemde yaşadıkları öz kimliğine ulaşmasına yardımcı olur [64,66]. Kimlik duygusunun sağlıklı gelişiminin önemli bir göstergesi, gencin içsel olarak hissettiği aynılık ve süreklilik duygusunun başkaları tarafından algılanan aynılık ve süreklilik durumuyla örtüşmesidir [46]. Bütünlükten ve süreklilikten yoksun bir insanın benliği var olup kimlik duygusu yoktur. Bu süreçte ergen daha önceki evrelerden daha çok ilgiye, desteğe ve anlayışa ihtiyaç duyar. Her evrede olduğu gibi bu evrede de ölçülü, demokratik ve hoşgörülü yetişkin tutumları kimlik bunalımını sağlıklı olarak aşmada önemli bir rol oynamaktadır [59,63]. Kimlik duygusu iyice oluştuğunda kişi kendisini hem özerk bir kişi olarak görür, hem de değer verdiği çevresinde benimsendiğini ve onaylandığını duyar [65].

2.1.3 Beden İmgesi, Benlik Değeri (Self-Esteem)

Kişiliğin temel özelliklerden biri olan benlik kavramı, bireyin kendisi ile ilgili farkında olduğu tüm bilgileri kapsar ve bireyin davranışlarını etkileyerek yönlendirir. Benlik kavramının önemli bir parçası olan beden imajı ise bireyin bedeni ile ilgili olarak bilinçli ve

bilinçsiz duygu, düşünce ve algıları içerir. Beden imajı, bebeklikte gelişmeye başlayan, özellikle adolesan dönemde önem kazanan, yaşam boyu gelişen ve değişen, bireyin kendi bedeni ile ilgili öznel algılamasını içeren dinamik bir kavramdır [49,67-69].

Beden imgesi, bireyin bedeni ve bedenine ait tüm duyuların zihindeki resmidir [70-72]. Bu kavram, tamamen psikolojik bir fenomen olmaktan ziyade fiziksel ve sosyolojik olarak kişinin kendi görünüşüyle ilişkilidir. Adolesanın psikososyal gelişiminde beden imgesi önemli bir rol oynar [69,73-76].

Beden algısıyla ima edilenin kişinin gerçek (objektif) fiziksel görünüşü olmasından çok, bedeni hakkında kendisinin görüşü veya “zihinsel resmi” olduğu kişiye açıklanmalıdır [77] Kişilerin bedenlerini algılaması objektif bir durumdan çok subjektiftir. Kılınç ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışmada, şişman ergenlerden bazılarının kendini zayıf hissettiği, bazılarının ise kendini normal hissettikleri belirlenmiştir. Adolesan bu dönemde kilosuna, boyuna veya herhangi bir organına takılarak etrafındaki diğer ergenlerle kıyaslama yapar ve bazen takıldığı şeyler aşağılık duygusuna neden olabilir [78]. Genellikle adolesanlar kendi bedenlerini başkalarından daha olumsuz yargılar [77].

Benlik saygısının sağlıklı gelişimi, sosyal ve çevresel uyarıcıların kişi hakkındaki olumlu değerlendirmelerine bağlıdır [79]. Bireyin kendi bedenini olumlu yada olumsuz algılamasını aile, arkadaş ve medyada verilen mesajlar önemli ölçüde etkilemektedir [65,73]. Adolesan tarafından çevreden alınan mesajlar, kendisi hakkında olumlu ya da olumsuz bakış açısına sahip olmasını, kendini değerli ya da değersiz görmesini, benlik saygısını olumlu yada olumsuz bir şekilde etkiler [73]. Benlik saygısının olumlu etkilenmesi yüksek, olumsuz olması düşük benlik saygısına neden olmaktadır [69,70,73,79]. Olumsuz benlik saygısı, yeme bozukluklarının ortaya çıkması için önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir [14, 80,81]. Bu dönemdeki değişimler, yeni bir birey, yeni bir beden kazanmak demektir.

2.2 Adolesan Dönemde Beslenme

Bireylerin sağlıklı sayılabilmesi için; yaşına ve cinsiyetine uygun fiziki bir yapıya sahip olması, her türlü metabolik, fizyolojik ve fiziksel fonksiyonlarını normal olarak yapabilmesi ve ruhsal yönden kendisini mutlu hissetmesi gerekir [49].

Beslenme, fetal gelişim evresinden başlayarak, bebeklik, çocukluk, adolesanlık, yetişkinlik ve yaşlılık dönemi boyunca, bireylerin sağlıklı ve iyilik halinde olabilmesi için [82], vücudun gereksinimleri doğrultusunda besin öğelerinin yeterli ve dengeli bir şekilde,

uygun zamanda alınması için yapılan bilinçli bir eylemdir [2,83]. Yeterli ve dengeli beslenme; vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için her bir besin ögesinden yeterli miktarda almak ve vücutta uygun biçimde kullanmaktır [1,84-86].

Dengeli beslenme, toplam kaloringin %50'sini karbonhidratların, %30'unu yağların ve %20'sini proteinlerin oluşturduğu, vitaminler ve mineralleri kapsayan bir beslenme şeklidir [49]. Yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel büyüme, mental yönden gelişme, performansın artması, üretkenliğin sağlanması, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunmasını sağlamaktadır [84-86]. Yetersiz beslenme; vücut için gerekli olan gıdaların gerekenden daha az bir düzeyde vücuda alınması; dengesiz beslenme ise alınan besin öğelerinin oranının bozulmasıdır.

Dengesiz beslenme çoğunlukla gereksinimden daha fazla alım olarak görülür ve şişmanlıkla sonuçlanır [87,88]. Malnutrisyon ise; büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve özgün işlevler için vücudun gereksinimi olan enerji ve besin öğeleri arasında bir dengesizlik durumudur [89,90]. Bilimsel araştırmalar, insanın yaşamı için 50'ye yakın türde besin ögesine gereksinimi olduğunu saptamıştır [88,91] ve bunların yetersizliği, fazlalığı veya hiç alınmaması gibi durumlarda sağlık bozulmakta, büyüme ve gelişme geriliği ortaya çıkmaktadır [91,95]. Bu yüzden adolesan dönemde beslenme çok önemlidir. Çünkü bu süreçte, önemli antropometrik değişimler meydana gelmekte, fiziksel, biyokimyasal, ruhsal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme ve olgunlaşma gerçekleşmekte ve yaşamın diğer evrelerine göre besin gereksinimi çok daha fazla olmaktadır [1,2,47,49,92,93].

Adolesanda yetersiz beslenme sonucunda; fiziksel olarak lineer büyüme geriliği, nütisyonel boy kısalığı veya kronik beslenme yetersizliği adı ile anılan nütisyonel büyüme geriliği oluşmaktadır ("stunting"- "stunted growth") [94]. Bu dönemde meydana gelen ani veya devamlı beslenme bozukluğu, büyüme hormonunun ve IGF-1 hormonunun etkisini azaltmakta ve büyüme hormonu kanda yüksek olsa da etkisini gösterememektedir [95]. Ayrıca yetersiz beslenme cinsel gelişimi olumsuz etkilemekte, pubertenin başlama yaşını geciktirmekte, matürasyon sürecini yavaşlatmakta [1,7,49], optimal kemik mineral dansitesi sağlanamamakta ve hedeflenen boya ulaşılmasını güçleştirmektedir [83,96].

Adolesanın yeterli ve dengeli beslenip beslenmediğini anlamının en pratik ve kolay yolu antropometrik ölçümler olup, adolesanın değişen vücut kompozisyonu yakından izlenmelidir [1,92,93,97]. Adolesan dönemde,erişkin vücut ağırlığının%50'si, boy uzunluğunun ise %15-20'si kazanılmaktadır [49,83]. Antropometrik değişimlerde kız

adolesanların hem kas hem de yağ dokuları artar ve kas dokuları erkeklerin kas dokularının üçte ikisi kadar olur. Ayrıca kızların deri altı yağ dokuları %23 oranında artarken, erkeklerin %12'i oranında azalır [49,98]. Bu değişimlerin sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesi için adolesanın besin gereksiniminin yaşa, cinsiyetine, vücut kitlesine, cinsel gelişim evresine ve fiziksel aktivite düzeyine göre karşılanması gereklidir [1,49,92,93].

Genel olarak adolesanın boy uzunluğuna göre vücut ağırlığına ve yaşa göre boy uzunluğuna bakılarak elde edilen veriler beslenme düzeyi hakkında fikir sahibi olmamızı sağlasa da fiziksel olarak büyümede genlerin de etkisi unutulmamalıdır. Yapılan araştırmalar, beslenmenin çocukların vücut yapılarını değiştirdiği ve aralarında doğru bir orantı olduğunu ortaya çıkarmıştır [99,100]. Bireylerin, özellikle de çocukların fiziki görünüşleri, hal ve hareketleri, yeterli ve dengeli beslenip beslenmedikleri konusunda fikir verebilmektedir [1]. Yetersiz beslenen bireyde eğilmiş vücut, şişkin bir karnı, ciltte çeşitli yaralar, sık sık baş ağrısı şikayetleri, iştahsızlık, yorgunluk, pasiflik, isteksizlik gibi durumlar ortaya çıkarken [1], bunların yanı sıra yetersiz ve dengesiz beslenen öğrencilerde dikkat süresinin kısaldığı, algılamanın bozulduğu, öğrenme güçlükleri yaşandığı ve davranış bozukluklarının ortaya çıktığı belirtilmektedir. Tüm bu faktörler, okula devamsızlıklarda artmaya neden olmakta ve çocukların okul başarısını düşürmektedir [94]. Yaşam şekli, yaşatlarının baskısı, okul programı, bağımsızlık duygusu, vücuduyla ilgili yanlış bilgilendirme ve bilinçsizlik nedeniyle kazanılan hatalı alışkanlıklar [1,7], ayrıca öğün atlama, diyet uygulama, besin değeri olmayan yiyeceklerle beslenme birçok genci beslenme riskine sokmaktadır. Seçilen beslenme şekli, şişmanlık, zayıflık, düşük kiloluluk, bodurluk ve kısa boyluluk sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır [83,88,96].

Adolesan dönemindeki beslenme, kişinin sonraki yaşamında karşılaşılabileceği sağlık sorunları açısından da kritik önem taşımakta olup, yeterli ve dengeli beslenme olmazsa, ileri dönemlerde önemli kronik hastalıkların oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir [83,92,101,102]. Beslenme yetersizliğine bağlı, malnutrisyon, gecikmiş puberte ve nutrisyonel büyüme geriliği oluşurken, dengesiz beslenmede şişmanlık, metabolik sendrom, tip II diyabet, karaciğer yağlanması, ateroskleroz, obstruktif uyku apnesi sendromu gibi erişkin yaşta sık görülen ve ölüme neden olan hastalıklar için hazırlayıcı rol oynayabileceği bilinmektedir [49,90-92,103-105]. WHO'nun 2000 yılında sunduğu bir raporda, obezite, normalin altında ağırlığa sahip olma, demir yetersizliği, yüksek tansiyon, tütün tüketimi, alkol tüketimi ve yüksek kolesterolün dünya çapında sağlığı olumsuz yönde etkileyen 10 riskin

içerisinde yer aldığı bildirilmiştir [89]. Türkiye’de beslenmeyle ilişkili olarak okul çağı çocuk ve gençlerin yaşadığı sağlık sorunları; kronik malnutrisyon, demir yetersizliği anemisi, iyot yetersizliği hastalıkları, diğer vitamin ve mineral yetersizlikleri, diş çürükleri, yeme bozukluğu ve obezitedir [49,103,106].

Adolesan bireyler için fiziksel görünüm önemlidir ve vücut ağırlığı/vücut görüntüsü mutluluk veya mutsuz kaynağı olabilmektedir. Bu dönemde erkekler fiziksel gelişimleriyle ilgilenirken, kızlar daha çok vücut ağırlıklarıyla ilgilenmektedir [107]. Yapılan çalışmalar genel olarak adolesan erkeklerin diyetlerinin zenginleştiğini, kızların ise diyetlerinin fakirleştiğini göstermektedir. Ayrıca adolesanların yetersiz ve dengesiz beslendiklerini, genel olarak yağlı ve özellikle doymuş yağdan zengin, tuzlu beslendiklerini, çok az meyve ve sebze tükettiğini, süt ve sütlü besinlerin tüketiminin bu dönemde çok azaldığını ortaya çıkarmaktadır [49]. Özellikle hem gelişmiş toplumlarda hem de gelişmekte olan ülkelerde erişkin morbiditesinden sorumlu olan hastalıkların beslenme ile ilişkisi göz önüne alınacak olursa, gelecekte morbiditenin düşürülmesinin ancak tüm adolesan yaş grubunda olanların sağlıklı beslenmeleri ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları edinmeleri ile mümkün olabileceği söylenebilir [49,100]. İstanbul’da 12-13 yaş grubundaki 510 adolesan ile yapılmış olan çalışmada, adolesanların %15.3’ünün zayıf, %10.6’sının kilolu ve %1.6’sının ise şişman olduğu saptanmıştır [100]. Bu nedenle ergenlik ve hatta çocukluk çağında kazanılan yemek yeme alışkanlıklarının erişkin hastalıklarının sıklığını ve seyrini değiştirebileceği öne sürülmektedir. Günümüzde, diyete bağlı kronik hastalıklar; ölümlerin %60’ına, hastalıkların %46’sına temel neden olarak gösterilmektedir [93].

2.2.1 Enerji gereksinimi

Adolesan dönemdeki bireyin, büyümesi ve aktivitelerini devam ettirebilmesi için ek enerjiye gereksinim vardır [1,49,102]. Enerji gereksinimi, cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. Kızların 11-12 yaşından sonra büyüme hızları ve diğer gelişimsel özellikleri erkeklerden farklılaşır. Bu nedenle, enerji ihtiyacına göre, alınan yağ, şeker, tatlı ve tahıl miktarı değişmektedir. Genel olarak kızlar erken ergenlik döneminde (11-14 yaş), erkekler ise orta ergenlik döneminde (15-18 yaş) daha fazla enerjiye gereksinim duyar [2,108]. Adolesanın bu özelliklerine dikkat edildiğinde, kızların enerji ihtiyacı 1.800-2.500 kalori, erkeklerin ise 2.500-3.500 kalori kadardır [49,74]. Her ergenin yeterli enerji alıp almadığını belirlemenin en kolay ve doğru yolu, büyüme ve gelişmesinin izlenmesidir [74,92,102].

Çünkü; enerji alımının uygun olmaması şişmanlık, malnutrisyon, gecikmiş puberte, nutrisyonel büyüme geriliği ve bir çok besin ögesinin özellikle de demirin yetersiz alımına yol açmaktadır [2,74,92,102]. Yetersiz enerji alımı ise, sıkı diyet yapılması, düşük ekonomik düzey ya da kronik hastalık ile ilişkili olabilir [102,109]. Sağlıklı beslenme ilkeleri göz önüne alınarak, ergenlerin artan enerji gereksiniminin; yağ ve şekerden ziyade tahıllar (ekmek, makarna, pilav vb.) kurubaklagiller, meyve ve sebzelerden karşılanması önerilir [2].

2.2.2 Protein gereksinimi

Adolesanın protein gereksinmesi, yaştan daha çok büyüme biçimi ile ilgilidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün adolesanlar için günlük protein alımı önerisi; protein alımı yumurta, süt gibi protein kalitesi yüksek olan besinlerden sağlanmak koşulu ile kızlarda 0.8g/kg/gün ve erkeklerde 1.0g/kg/gün'dır [2,102]. Dört yaş ile erişkin dönem arasında proteinler tüm vücut ağırlığının %18-19'unu oluşturmaktadır [47]. Adolesan dönemde protein gereksinimi, kas kitlesindeki artıştan, eritrosit ve miyogloblin ihtiyacından ve hormonal değişikliklerden dolayı belirgin olarak artmaktadır [47,92].

Büyüme için gerekli olan protein miktarı kızlarda 11-14 yaşları arasında, erkeklerde 15-18 yaşları arasında daha fazladır [102,109]. Yeterli protein alınmadığında lineer büyümede, cinsel olgunlaşmada gerilik ve yağsız vücut kütlelerinde azalma görülür [109]. Beslenmede yetersiz enerji alımı, proteinlerin enerji için kullanılmasına yol açarak büyüme-gelişme geriliğine neden olur [47]. Enerji alım yetersizliği ve bitkisel kaynaklı protein kullanımının arttığı durumlarda protein gereksinimini artırır [2]. Protein depolarında %30'dan fazla kayıp oluşması, kas kitlesinde, immün fonksiyonlarda ve organ fonksiyonlarında azalmaya ve ilerlemesi halinde ölüme neden olabilmektedir [110]. Bu yüzden günlük alınması gereken enerjinin yaklaşık olarak %12-15'i proteinden sağlanacak şekilde bir beslenme planlanmalıdır [47,111]. Protein hem hayvansal hem de bitkisel kaynaklıdır. Hayvansal kaynaklı proteinlerin kalitesi, bitkisel kaynaklı proteinlerin kalitesinden daha yüksektir. Proteinlerin miktarı kadar kalitesi de önemlidir [1,111-113]. Günlük alınan proteinin %50'si hayvansal, %50'si bitkisel kaynaklılardan oluşmalıdır. Hayvansal kaynaklı proteinlerin %70-80'ini yağsız süt ve ürünleri, %20-30'unu et, balık ve yumurta oluşturmalıdır. Protein içeriği zengin bitkisel kaynaklar; kurubaklagiller, soya, yağlı tohumlar ve çekirdeklerdir [109]. Tahıl ürünleri de bitkisel proteinlere katkıda bulunur [47,56,113]. Taze sebze ve meyvelerin büyük bir kısmı sudan oluştuğundan protein miktarları azdır [47].

2.2.3 Karbohidrat ve Yağ gereksinimi

Günlük alınan enerjinin %50-60'ı karbohidratlardan karşılanmalıdır. Günlük karbohidratlardan alınan enerji miktarı kadar tüketilen karbohidratın çeşidi de önemlidir [47,102]. Bu yüzden kompleks karbohidratlara ve posalı gıdalara ağırlık verilmelidir [92,102]. Şeker gibi basit karbohidratlar azaltılmalı (günlük enerjinin ≤ 10), yerine kurubaklagiller (nohut, mercimek, kuru fasulye vb.), tam tahıl ürünleri, bulgur vb. kompleks karbohidrat içeren besinlerin tüketimi artırılmalıdır. Karbohidratlar, çoğunlukla bitkisel besinlerde bulunmakta olup, tahılların %60-90'ı, meyvelerin %10-20'si, patatesin %18-20'si, diğer sebzelerin ise %10'u karbohidrattır [47]. Ayrıca sükröz, früktoz gibi tatlandırıcılar kalorinin %10-25'ini geçmemelidir [102,114]. Adolesanlar ise kompleks karbohidratları ve posayı genellikle daha az tüketmekte, basit şekerlere ise daha fazla yer vermektedir [92,108]. Karbohidratlı besinler arasından tam tahıl ürünleri, saflaştırılmamış tahıllar, sebze ve meyveler tercih edilmelidir. Bu kompleks karbohidratlı besinler, kan şekerinin ani yükselmesini önler, içerdiği posa sayesinde şişmanlık, şeker, kalp-damar hastalıkları, barsak kanseri gibi kronik hastalıkların görülme riskini azaltırlar. Aynı zamanda bu besinler karbohidratların yanında protein, vitamin, mineral ve su gibi diğer besin öğelerini de sağlar [47,92,111].

Normal büyüme ve gelişme için yağ ve yağ asitlerine gereksinim vardır [102]. Yağların bileşiminde yer alan ve vücut tarafından yapılamayan bazı yağ asitleri büyüme, kalp ve cilt sağlığı için gereklidir [91]. Günlük enerjinin %25-30'u yağlardan sağlanmalı ve doymuş yağ asitleri %7-10, çoklu doymamış yağ asidi %7-8, tekli doymamış yağ asidi %10-15 olacak şekilde olmasına da özen gösterilmelidir [103]. Ayrıca kolesterolün günlük tüketiminin 300mg'dan daha az olması ve trans yağ asiti alımının kısıtlanması tavsiye edilmektedir [49,115]. Ancak bazı araştırmalar tipik ergen diyetlerinde toplam enerjinin %36'sının yağlardan, %13'ünün ise doymuş yağdan sağlandığını göstermektedir [92]. Yağlar en konsantre enerji kaynağı olup, dikkatsiz kısıtlandığı zaman, yetersiz enerji alınımına neden olmaktadır. Günlük 2200 kalori alacak ergenin 73 g/gün, 2800 kalori alacak ergenin ise 93 g/gün yağ alması uygundur [102].

Yağdan gereksinimin yeterince karşılanmaması, proteinlerin enerji amacıyla tüketilmesine, yağda eriyen vitaminlerin (A, D, E ve K vitaminleri) emiliminin azalmasına ve özellikle çocuklarda büyüme ve gelişmenin olumsuz etkilenmesine yol açar [56]. Ayrıca, yağ

ve kolesterolün kısıtlanması amacıyla kırmızı et ve yumurtanın az tüketilmesi, bu besinlerde fazla bulunan demir ve çinkonun eksik alınmasına neden olabilmektedir [92]. Adolesanlar için günlük beslenme planları yapılırken; yağ ve doymuş yağ oranı daha az olan yağsız et, tavuk, balık, düşük yağlı süt ürünlerine yer verilmelidir [2].

2.2.4 Vitamin ve Mineral gereksinimi

Vitamin ve mineraller, vücut işlevlerinin aksamadan sürdürülmesine katkıda bulunur. Enerji kaynağı olmamakla birlikte, karbonhidrat (CHO), protein ve yağların yıkım reaksiyonlarında yer alır ve bu sayede enerji oluşumuna katkıda bulunurlar. Çoğu vitamin vücut tarafından yapılamaz bu yüzden besinlerle alınması gerekir [110].

Ergenlik dönemi, büyümenin en hızlı olduğu süreçlerden biri olup, birçok vitamin ve minerale gereksinim artmaktadır [2,49]. Özellikle bu dönemde büyümenin gerçekleşmesinde önemli katkısı olan kalsiyum, demir ve çinko gereksinimi artmış olmakla birlikte, adolesan beslenmesinde bu minerallerin yetersiz alınması söz konusudur [2]. Doğumda iskeletteki kalsiyum miktarı yaklaşık olarak 25gram iken, çocukluk ve adolesan dönemi boyunca sürekli artmaktadır [2,102,116]. Adolesan dönemde kemik mineral içeriği, kız çocuklarında 11-14, erkek çocuklarında 13-17 yaşları arasında hızlı gelişir. Doruk Kemik Kütlesine (DKK) ne zaman ulaşıldığı tam olarak bilinmemekle birlikte, büyük ölçüde adolesan dönemde tamamlandığı düşünülmektedir [116]. DKK'nin yaklaşık %51'inin pubertedeki büyüme döneminde, %25'inin ise büyüme hızının doruğa ulaştığı dönemde kazanıldığı ileri sürülmektedir [2,92]. Kemik mineralizasyonundaki hızlanma, büyüme hızındaki artışı genellikle 6-12 aylık bir gecikmeyle izlediğinden, ergenlikteki hızlı büyüme döneminde kemik mineralizasyonu görece yetersiz kalabilir ve kırık riski artar [92]. Kemik kütlesinin %45'i ergenlik döneminde oluşmaktadır, bu yüzden bu dönem kalsiyum depolanması için kritik bir öneme sahiptir [2,102,109]. DKK; %60-80 kalıtsal faktörlerden etkilenmekte olup, beslenme, egzersiz gibi çevresel faktörlere göre de değiştiği düşünülmektedir [116]. İleri yaşlarda osteoporozdan korunmak veya osteoporoz riskini azaltmak için adolesan dönemde koruyucu önlem olarak başta beslenmenin düzenlenmesi, yeterli kalsiyum ve D vitamini alımı ve düzenli egzersiz oldukça önemlidir [102,116,117]. Her iki cinsiyet için günlük kalsiyum gereksinimi 900-1300 mg'dır.

Adolesanın kalsiyum gereksinmesinin karşılanabilmesi için toplam yağ, doymuş yağ ve kolesterol alımının önerilen sınırın üzerinde olmaması ve şişman adolesanda enerji

sınırlandırmasına yardımcı olmak için süt ve süt ürünlerinin yarım yağlı veya yağsız olarak tüketilmesi önerilir [2]. Ayrıca, her gün 3-4 defa kalsiyumdan zengin gıda alması önerilmektedir. Bu miktarlar içinde en az 3 su bardağı süt veya yoğurt ve 1-2 kibrit kutusu kadar peynir tüketmesi gerekir. Fakat araştırma sonuçları genellikle bu dönemde kalsiyum alımının azaldığını göstermektedir [102].

Çinko, bedende 200'den fazla enzimin yapısında yer alır. Protein oluşumunda ve gen "ekspresyon"unda yaşamsal değere sahiptir [118]. Adolesanda büyüme ve cinsel gelişim için oldukça önemlidir. 9-13 yaşındaki kız-erkek ergenlerin çinko gereksinimi günde 8 mg'dır. 14-18 yaş arasındaki erkeklerin gereksinimi günde 11 mg, kızların 9 mg'dır. Çinko seviyelerinin diyet ve suplementasyonla düzenlenmesi ile çocuklarda bodurluk ve düşük ağırlık gibi sorunların önlenmesinde olumlu sonuçlara ulaşılmıştır [117]. Kırmızı et, balık ve tüm taneli hububatlar çinkodan zengindir [109].

Adolesan dönemde demir ihtiyacını belirleyen bireysel farklılıklar vardır. Pubertenin başlama yaşı, büyüme hızı ve matürasyon süresi de bireysel ihtiyaç farklılıklarını oluşturur. Ergenlik döneminde demir gereksinimi kas kütlesi ve kan hacminin artışı ile doğru orantılıdır. Kızlarda menstruasyon demir eksikliği için ek bir risk faktörüdür [116]. Bu yüzden kızlarda menstruasyonla kaybedilen demir gereksinime eklenir. Günlük demir gereksinimi erkeklerde 12 mg, kızlarda ise 15 mg'dır [102]. Demir eksikliği, özellikle ergen kızlarda, düşük sosyoekonomik düzeyde ve gebe ergenlerde en sık görülen beslenme yetersizliğidir [102,116]. Ergenler yeşil sebzeler, et ve demirden zengin diğer gıdalarla beslenmelidir. Bitkisel ürünlerle beslenenlerde demir emilimi düşük olmakta ve gereksinimin yeterli miktarda karşılanabilmesi için en az iki kat demir almak zorunda kalmaktadırlar [116]. Besin gereksinimlerinin az veya gereğinden fazla karşılanması sonucu bazı sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır [49].

Beden sağlığının korunmasında vitaminler de önemli rol oynar. Sağlıklı bir beslenme uygulandığında normalde gerekli vitamin alımı sağlanır [116]. Bu dönemde artan doku yapımı sentezinde, DNA ve RNA metabolizmasının gerçekleştirilebilmesi için folik asit ve B12 vitamini alımı arttırılmalıdır [49]. Günlük folat gereksinimi 9-13 yaş arasında 300 mcg, 14-18 yaşlarında 400 mcg'dır. Sabah kahvaltısı yapmayan veya hiç portakal suyu veya hububat tüketmeyen ergenler risk altındadır [102].

Doku ve iskelet gelişimi için B6 ve D vitaminine gereksinim vardır [49]. D vitamini Ca dengesinin sağlanması, iskelet sisteminin bütünlüğünün korunması, hücre büyümesinde,

hücre farklılaşması ve çoğalmasında, hormon salgılanmasında da önemli rol oynar [119]. D vitamini eksikliği ile ilişkisi olduğu tespit edilen hastalıklar; kanser, kan basıncı yüksekliği, tip 1 ve tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, romatoid artrit, multipl skleroz, otoimmün hastalıklar ve şizofrenidir [119]. Günde 400 IU D vitamin alınmalıdır. Çocuk, adolesan, genç ve yetişkin erkeklerin tavsiye edilen D vitaminini diyetle aldıkları, fakat genç ve yetişkin kadınların ise diyetlerinde düşük D vitamin aldıkları tespit edilmiştir [121]. Ergenlerin yaklaşık %14'ünde D vitamini eksikliği olduğu bildirilmiştir [120].

Yeni hücrelerin fonksiyonları için A, C ve E vitaminlerine, kalori gereksiniminin metabolize edilebilmesi için tiamin, riboflavin ve niasine ihtiyaç vardır [49]. A vitamininin normal görme, hücrel farklılaşma, gen expression, morphogenesis, üreme, büyüme ve immun sistemde görevleri vardır [118]. Günlük A vitamini ihtiyacı, 9-13 yaş arasında cinsiyet ayrımı olmaksızın 600 mg'dır. Vitamin A tüketiminin, 14-18 yaş arasındaki kızlarda 700 mg, erkeklerde 900 mg olması gereklidir. Tahıl ve tahıl ürünleri, içerisinde vitamin, mineral, karbonhidrat (nişasta, lif) ve diğer besin öğeleri bulundurmaları nedeniyle sağlık açısından oldukça önemlidir. Tahılların, proteininin kalitesi düşük olmasına rağmen diğer besin (kurubaklagiller ya da et, süt, yumurta gibi) öğeleriyle birlikte kullanılarak protein kalitesi artırılabilir. Tahıllar, E vitamin, B grubu vitaminlerinden (B12 dışındaki) ve özellikle B1 vitaminden (tiamin) zengin olup, en iyi kaynaktır [114] Karaciğer, süt, havuç, margarin ve peynir en önemli A vitamini kaynaklarıdır [102]. Adolesan yaş grubun A, C ve B6 vitaminleri ve folik asit alımları düşüktür. Bunun en önemli nedeni ise; bu yaş grubunda görülen yetersiz ve dengesiz beslenmedir [49]. E vitamini, antioksidan bir vitamin olup, 9-13 yaş arasında günlük gereksinimi 11 mg, 14-18 yaş arasında 15 mg'dır. C vitamini kollajen ve diğer bağ dokularının sentezi için gerekli bir vitamindir. Günlük gereksinim 9-13 yaş arasında 45 mg, 14-18 yaş arasındaki erkekler için 75 mg, kızlar için 60 mg'dır. Sigara içenler içmeyenlere göre ek olarak 35 mg daha fazla C vitamini almalıdır [122].

Diyette liflerin yeterli düzeyde bulunması normal bağırsak alışkanlığı açısından önemli olduğu gibi bazı kronik hastalıkların önlenmesinde de rol oynayabilir. Ayrıca serum kolesterol düzeylerinin düşürülmesinde, şişmanlık riskinin azaltılmasında da rol oynayabilir. Genelde çocuklarda günlük lif alımı (yaş+5 g) kuralına göre ayarlanmaktadır. Üst sınır ise yaş+10 g'dır.

2.2.5 Adölesanlarda Beslenme Tutumlarını Etkileyen Faktörler

Adölesan dönemi, sağlık açısından riskli davranışların tanınması, korunma yollarının kazanılması ve sürdürülmesi açısından önemli fırsatların yakalanabildiği bir dönemdir. Bu dönemin en olumlu yanı adölesanların yeni fikirlere açık olmasıdır [123].

2.2.5.1 Fiziksel Gelişim ve Beden Algısı

Adölesan dönemde başkaları tarafından kabul gören fiziksel bir görünüme sahip olmak son derece önemlidir. Bu yüzden beden imgesi ile ilgili memnuniyetsizliği olan bireylerin psikososyal işlevselliği olumsuz etkilenebilir [73]. Psikolojik sağlığın en önemli parçasını oluşturan benlik saygısı azaldığında, zayıf bir kişilik ortaya çıkar ve psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasına neden olur [124]. Adölesandaki fiziksel değişimler ve sosyal kabul arayışı, yeme alışkanlıklarının değişmesine ve düzensiz yeme alışkanlıkları kazanılmasına yol açmaktadır [73,125]. Özellikle son on yıl süresince adölesan ve çocuklar arasında kilo verme ve diyet yapmada artışın, adölesan ve çocuklarda obezitenin dramatik olarak artışıyla paralellik göstermesi ile açıklanmıştır [125].

Beden imajı ile ilgili araştırmacıların en çok üzerinde durduğu şey beden imajında bozulma veya memnuniyetsizliktir. Benlik saygısı ve kilo üzerine yapılmış bir meta analiz çalışmasında; üniversite öğrencilerinde BKİ yükseldikçe benlik saygısının düştüğu tespit edilmiş, ayrıca sosyoekonomik seviye yükseldikçe kiloyu koruma eğiliminin artığı belirlenmiştir. Öte yandan BKİ'si yüksek olan kadınların beden hoşnutsuzluğunun gerçek beden ağırlığından çok daha fazla olduğu ifade edilmektedir [126]. İnce bir vücuda sahip olma isteği beden imajı memnuniyetsizliğini arttırmaktadır [127]. Özellikle şişmanlık durumlarında kötü ve sağlıksız beden algısı, sosyal izolasyon, kendine güven duygusunun azalmasına neden olmaktadır [30]. Benlik saygısı düşük olan öğrencilerde olumsuz yeme tutumları görölmektedir [30,128-130]. Olumlu beden imgesinin yerleşmesi ise olumlu benlik kavramı ve benlik saygısı ile birlikte oluşur. Bu durum gencin arkadaş ilişkilerinde kendini daha özgür hissetmesine ve başarılı algılamasına sebep olur. Bazı gençler orta adölesan dönemde genelde beden memnuniyetsizliğinden vazgeçerken, bazıları da bedenlerine zıt beden imajı arar hale gelebilirler [131].

2.2.5.2 Cinsiyet ve Yaş

Adölesan dönemi özellikle kızlarda artmış yağ birikimi nedeniyle beden imajı algısının etkilendiği bir dönemdir. Vücut şekillerini değiştirmek için besinleri suçlama,

beslenme alışkanlıklarını değiştirme öne çıkan en temel davranış biçimleridir. Her iki cinste de bedenle ilgili bazı hoşnutsuzluklar oluşsa da, kızlardaki memnuniyetsizlik ve zayıf olmayı isteme erkek adolesanlara kıyasla daha fazladır [73]. Özellikle kız ergenlerde “ideal” olarak kabul edilen ölçülere uyma konusunda yoğun bir çaba gözlenmekte, bunun sonucunda yaygın diyet ve yeme bozuklukları sorunu ortaya çıkabilmektedir [69]. Levitt (2004), kız öğrencilerde bozulmuş yeme ve diyet şekillerinin, yüksek anksiyete düzeyi, beden memnuniyetsizliği, sosyal izolasyon ve aşırı egzersiz gibi çeşitli faktörlerden dolayı yeme bozukluğu riskini arttırdığını belirtmektedir [132]. Özellikle başarılı ve mutlu kadınların vücut ölçülerinin ince ve zayıf olması, erkeklerin kaslı sportif bir vücuda sahip olması, hem kadın hem de erkeklerde kişisel yetersizlik algılarının oluşmasına, depresif ruh haline ve benlik saygısının düşmesine, beden görüntüsünden memnuniyetsizliğin artması gibi sonuçlara neden olmaktadır [132,133]. Vücut inceliğinin önemli olduğunu vurgulayan mesajların verilmesi hem beden imajı hem de ruh hallerini negatif etkilemektedir [134]. Ackard’ın (2003) çalışmasında, adolesanların beden memnuniyeti ve benlik saygısının belirgin biçimde düşük olduğu ve daha depresif ruh haline sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada aşırı yemek yiyen adolesanların intihara eğilimli oldukları belirlenmiştir [135]. 19 yıl boyunca yapılmış beden imajı çalışmalarının meta analizi sonuçlarına göre, erkeklerin beden imajlarının oldukça stabil kaldığı görölmektedir [134].

2.2.5.3 Toplumsal Kültür Yapısı ve Medya

Adolesan yaş grubunda şişmanlık ve zayıflığın birlikte görölmelerinin en önemli nedenlerinden bazıları; toplumlarda sosyal, ekonomik, kültürel ve geleneksel yapıların değişmesi ve bu değişimlerin adolesanların bedensel algılamalarını değiştirmesi olarak açıklanmaktadır. Bu anlamda, ideal vücut ölçüleri aile, arkadaş grubu ve toplum tarafından belirlenir [136-138]. Bunun yanı sıra yaşanan akran baskısının genel, ailevi ve akademik benlik saygısını olumsuz etkilediği görölmektedir. Çocukluk döneminden başlayarak aşırı zayıf, ideal güzel, uzun boy, küçük burun gibi medya imgeleri ile bombardımana tutulan gençler, bu “ideal” stereotipini içselleştirmektedir [69,128]. Birçok toplumda gençlik, güzellik, çekicilik gibi özellikler zaman zaman en önemli bireysel özellikler olarak değerlendirilmektedir [69,137]. Özellikle batı toplumlarında, zayıflık kavramının beğeni toplaması, kilolu olanların dışlanmasına ve çeşitli olumsuz etiketlere maruz kalmalarına yol açmaktadır. Kişilerin sahip oldukları kilolar, eleştirilme ve sosyal dışlanma, okul ya da iş

yaşamını, sosyal ilişkilerini ve fiziksel etkinliklere karşı tutumları etkilediği için bireylerin benlik saygısını da etkileyebilmektedir. Ayrıca, televizyondaki reklamlarda tavsiye edilen vücut ölçüleri ve tanınmış sanatçıların tipleri de ergenin bu ideal beden imgesini etkileyen faktörler arasında değerlendirilebilir [69,76]. Hawkins ve ark. (2004) çalışmasında; magazinde sunulan ince kadın imajının, kişinin benlik saygısını azaltarak, yeme bozukluğu, olumsuz duygu oluşması ve beden memnuniyetsizliğinde artışa neden olduğunu belirtmektedir [139].

2.3 Yeme Bozuklukları

2.3.1 Tanımı

Yeme bozuklukları (YB); yeme tutumunun değişmesine, yemek yemeyle ilgili düşüncelerin bozulmasına, kişinin kendi bedenini algılamasında bozukluklara yol açarak, kilo vermek ve düşük kilo ağırlığını korumak amacıyla zararlı alışkanlıklar kazanmasına yol açan bir hastalıktır [140,141]. Yeme bozukluğunun %75'den fazlası adolesan dönemde ortaya çıkmaktadır [142]. Yeme bozukluklarının tanımlanmasında tam bir fikir birliği sağlanamamış olmakla birlikte üç temel özelliğe sahip olması gerektiği düşünülmektedir:

1. Yeme alışkanlıkları ya da kilo kontrol davranışlarında bir bozukluğun varlığı,
2. Yeme davranışı bozukluğunun ya temel yeme bozukluğu özellikleriyle ya da beden sağlığı veya psikososyal fonksiyonların önemli klinik bir bozukluğu sonucu ortaya çıkması,
3. Yeme davranışı bozukluğu herhangi bir genel tıbbi rahatsızlık veya diğer psikiyatrik bozukluklara bağlı ikincil olarak oluşmamaktadır [143].

Yeme bozuklukları toplumda az görülmesine rağmen psikiyatrik hastalıklar içinde mortalitesi en yüksek hastalıklardandır [49]. Mortalite hızı %7-10 arasında değişmek olup, ölüm nedenleri arasında ilk sırada açlık, ikinci sırada kardiyovasküler değişiklikler, mide kanaması ve intihar gelmektedir. Barsakların uygunsuz boşaltılması, kilo kaybıyla oluşan yetersiz beslenmenin derecesi ve süresi, riskin şiddetini belirlemektedir [144,145].

2.3.2 Etiyolojisi

Yeme bozukluklarının oluşma nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte, gelişiminde birçok faktörün rol oynayabileceği düşünülmektedir [49]. Yeme bozukluklarının gelişiminde, aile ilişkileri, aile içi çatışma, aile içinde beden şekli veya kilo durumuna yönelik kaygıların varlığı, baş edilemeyen duygusal karmaşalarda aşırı yemek yemenin olması, zayıflamaya yönelik katı bir istek duyma, ailede yeme bozukluğu öyküsü (10 kat arttırır), ailede annenin baskın babanın pasif olması ve çocuklarla sadece annenin ilgilenmesi, düşük benlik saygısı, duygu durum bozuklukları, öfkeyi dışa vuramama, madde kötüye kullanımı, obezite, kilo ve yemek uğraşları, mükemmelliyetçi/obsesif özellikler, ailede ruhsal hastalık öyküsü (kişilik bozuklukları vb), Obsesif- Kompulsif Bozukluk- OKB, kötü olaylara maruz kalma öyküsü, cinselliğin kabulü ve ergen problemleri gibi faktörlerinin önemli rol oynadığı düşünülmektedir [49,145-149]. Ayrıca, bilinç-dışı çatışmalar, anneyle ambivalan ilişki, ayrışma-bireyleşme sorunları, prepubertal bedene dönüşme, yeme bozukluğunun oluşmasındaki psikodinamik etkenler olarak görülmektedir [49]. Yeme bozukluklarının psikopatolojik açıdan değerlendirilmesinde erken dönem anne ve çocuk ilişkisinin belirleyici olduğu ve annenin bebeğin ihtiyaçlarına uygun yanıtlar verememesinin, gençlerin ergenlik döneminde bedeninden gelen duyularını doğru algılayamamasına yol açtığı düşünülmektedir [150,151].

Değişen kültürel değerlerin, tutumların, sosyoekonomik durumun ve bunlardaki değişimin yeme bozukluğu ile doğrudan ilişkili olduğu düşünülmektedir [49,152]. Örneğin; Almanya'da yaşayan Yunan ve Türk kızlarında yeme bozukluğu prevalansı, ülkelerinde yaşayanlara göre 2 kat fazladır [149]. Yeme bozukluğu, kültür ve sosyoekonomik seviyesi yüksek olan Batılı ülkelerde yaygın olmakla birlikte, televizyonun yaygınlaşması, toplumsal baskının medya kanalıyla artması ve toplumda fiziki inceliğin vurgulanması gibi nedenlerle artık Üçüncü Dünya ülkelerindeki insidansında artış olduğu vurgulanmaktadır [153,154]. Sosyal çevrelerde fiziksel zayıflığın önemli olması ve bunun sosyal baskı olarak kullanılması, vücut hoşnutsuzluğuna yol açan bir durum oluşturmakta ve kişilerin kilolarını kontrol altında tutabilmesi için çok kısıtlı gıda alımı (diyet), yemekleri takip eden kusma veya aşırı egzersiz yapma, zayıflamak için sigara içme, bağırsakları boşaltıcı (laksatif), idrara söktürücü (diüretik) yada diğer ilaçları kullanma gibi çeşitli patolojik uygulamalar yapmasına yol açmaktadır [140,145,155,156]. Toplumda isteyerek diyet yapanların çoğunluğu daha çekici

olmak istedikleri için yaparken, bir kısmıda meslekleri itibarıyla iş ortamındaki rekabetten dolayı yapmaktadır [149].

Son yıllarda yeme bozukluklarında genetik etkenlerin de rolü olduğu vurgulamaktadır [157]. Örneğin; Gershon, tarafından yapılan çalışmada Anoreksiya Nervoza (AN) hastalarının birinci derece akrabalarında %2 oranında AN, %4.4 oranında Bulimia Nervoza (BN) görülmüş ve ikizlerde konkordans oranının tek yumurta ikizlerinde %10-66, çift yumurta ikizlerinde %0-10 arasında değiştiği tespit edilmiştir [158]. AN ve BN için monozigot/dizigot oranı yaklaşık olarak 3/1 ve monozigot oranı %50'den yüksek olması bu durumun ortaya çıkışında genetik faktörlerin %50'den fazla katkısı olduğu şeklinde açıklanmıştır [157,159].

2.3.3 Epidemiyolojisi

Yeme bozukluğu tanı ölçütleri 1960'lardan beri sürekli değişmesine rağmen, yapılan çalışmalar son 50 yılda AN ve BN görülme sıklığının arttığını göstermektedir [49]. Yeme bozuklukları, obezite ve astmadan sonra adolesanlarda en sık görülen 3. kronik hastalıktır [160]. Yeme bozuklukları, her iki cinsiyette de görülen, ağırlıklı olarak adolesan ve genç yetişkin kadınları etkileyen, cinsiyet özelliklerinin etkili olduğu ve geniş bir yaş aralığına sahip hastalıklardır [161].

Ülkemizde, Vardar ve ark. (2011)'nin öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmaya göre; AN'nin nokta yaygınlığı oranı %0.034, BN %0.79, BTA YB (Başka türlü adlandırılmamış yeme bozukluğu) %1.51, TYB %0.99 ve tüm yeme bozuklukları için %2.33 olarak bulunmuştur [26]. James ve ark. (2007) yapmış oldukları çalışmada, DSM-IV kriterlerine göre; anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğu yaşam boyu yaygınlığını, kadınlar arasında %0.9, %1.5, %3.5 ve erkeklerde %0.3, %5 ve %2.0 olarak bulmuştur[162]. Semiz ve ark. (2012)'nin yaptıkları çalışmada, olguların %5.25'inde yeme bozukluğu (%1.52 AN, %0.63 BN, %0.81 TYB) olduğu ve YB tanısının kadınlarda (%88.2) daha sık olduğu tespit edilmiştir [163].

Yeme bozuklukları, psikiyatrik hastalıklar içinde en belirgin cinsiyet farklılığı gösteren hastalık grubu olup, hastaların %95'i kızdır [151]. Ancak, yeme bozukluğu çalışmalarının çoğunun kızlar üzerinde yapılmış olması nedeniyle cinsiyet farklılığının karşılaştırılması ve elde edilen sonuçların erkekler için güvenilir olup olmadığı tartışmalıdır [164].

AN'a için başlangıç yaşı 14-18, BN'a için 16-20 olarak bildirilmesine karşın, puperteye giriş yaşının daha erken yaşlara kayması nedeniyle yeme bozukluklarının başlama yaşının 10-30 yaşları arasında olduğu ifade edilmektedir [49,142,151]. Minnesota'da yapılan ve anoreksiyanın 50 yıl içindeki insidansının incelendiği bir çalışmada, 15-24 yaşlarındaki kadınlarda insidansın giderek arttığı, 15-19 yaşlarındaki kızlarda görülen en yaygın kronik hastalık olduğu, tüm yaşlarda kadınlar için insidansının 14.6/100.000 ve erkeklerde 1.8/100.000 olduğu saptanmıştır [165]. Yapılan çalışmalarda, adolesan kızların yaklaşık %1'inde AN ve %5'inden fazlasında BN; 8 kız adolesanın 1'inde ve erkek adolesanın %4'ünde yeme bozukluğu; her iki cinsiyetin 1/3'ünde de Tıkanırcasına Yeme (TY) bozukluğu olduğu ve %50'den fazlasının kilo kaybetmek için barsaklarını temizlediği, aç kaldığı veya aşırı egzersiz yaptığı belirlenmiştir [166]. Kuzeydoğu İskoçya'da 1965 ve 1991 yılları arasında yapılan bir çalışmada, AN insidansının 3/100 000'den 17/100 000'e yükseldiği görülmüştür. Güneybatı Londra'da (Temmuz 1991 ve Haziran 1992 arası) AN insidansı 2.7/100.000 bulunmuştur. 15-19 yaş arası kadınlarda insidans 100.000'de 19.2'dir [149].

Birçok çalışmada toplumdaki sağlıklı kadınların yaklaşık %30'unun en az bir defa yeme tutumunda bozukluk epizodu yaşadığı saptanmıştır [156]. AN'lı çok zayıf kişiler ile tıkanırcasına yeme bozukluğu olan ciddi obez hastaların kilolarının karşılaştırıldığı araştırmalarda da, kilonun yeme bozukluğunun ortaya çıkmasını etkilediği saptanmıştır [161].

Batı Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde, BN'nın yeni prevalansının erkekler de %0.1, kadınlarda %1 olduğu tahmin edilmektedir. BN'nın eşik altı prevalans Kısmi sendrom için %5.4 ve tam sendromu için %1.5 olduğu bulunmuştur [167]. BN'da en önemli belirti şişmanlıktan korkmaktır [145,168]. Kaye (2008) tarafından yapılan çalışmada, ağırlık artışını önlemek için yemeklerden sonra kusma, müşil kullanma, aç kalma ya da aşırı egzersiz yapma gibi davranışlar sergilendiği gözlenmiştir [169]. BN'da bedeninden tikslenme AN'dakinden daha fazladır. BN ile ilgili sadece birkaç insidans çalışması yapılmıştır. Kotler ve ark. (2001)'nin araştırma göre; erken adolesan BN'nın, geç adolesan BN riskini 9 kat, yetişkin BN riskini 20 kat arttırdığı bulunmuştur. Geç adolesan BN'nın, yetişkin BN riskini 35 kat arttırdığı saptanmıştır [170]. BN erkeklerde nadir görülen, cinsiyet dağılımında erkek kız oranı 1/10, toplumsal yaygınlığı yaklaşık %1-2 oranında olup, tüm adolesan kızlarda %4-8, erkeklerde %2 olduğu tahmin edilmektedir [150]. Kadınlarda YB insidansı 1963'den 2013'e kadar %0.5'den %3'e doğru artan değişim göstermektedir [171]. Kjelsås ve ark. (2004)'nin yaptığı çalışmaya göre; kızlar arasında herhangi YB'nun yaşam boyu yaygınlığı

%17.9 (AN %0.7, BN %1.2, TYB% 1.5, BTA YB %14.6) iken, erkeklerde YB'nun yaşam boyu yaygınlığı %6.5 (AN%0.2, BN%0.4, TYB %0.9, BTA YB %5.0)'dur [172].

Yapılan çalışmalarda, tüm yeme bozukluklarında erkek hasta oranının %5-15 civarında olduğu ve erkek/kadın oranlarının 1/6-1/10 arasında değiştiği [49]; klinik örneklerde ise erkek kadın oranının 1/10-1/20 arasında olduğu saptanmıştır [149]. Anoreksiyalı hastaların %95'i kadın, bulimialı hastaların %80'i kadın ve tıkanırçasına yeme hastalığının %60'ı kadındır [161].

2.3.4 Yeme Bozukluklarının Sınıflanması

Yeme bozuklukları sınıflandırılması hala çok tartışılan ve araştırılan bir konudur [49,151]. Yeme bozuklukları tanı grubunda ilk olarak tanımlanan klinik tablo AN'dır. Yeme bozuklukları sınıflandırılmasında bir çok ölçütten yararlanılmaktadır. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM) bunlardan biridir ve çeşitli ruhsal hastalıklarda klinisyen ve araştırmacıların tanı koymasını, hastalık hakkında hastayla iletişim kurabilmesini, araştırma ve tedavi yapılabilmesini kolaylaştırmak amacıyla uygulanmaktadır [49,173]. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin "Ruhsal bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu"na (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders=DSM-IV-TR) göre; DSM-IV-TR (1994) üç temel yeme bozukluğu kategorisi tanımlar;

- Anoreksiya Nervoza (AN)
- Bulimiya Nervoza (BN)
- Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu (BTA YB) [49,141,143,174]

Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu (TYB), BTA YB'nın içerisinde değerlendirilmektedir. Ancak, literatürde DSM-IV'ün yeme bozukluklarının sınıflandırılmasında, BTA-YB'nun tanımı itibarıyla farklı tabloları kapsadığı; birkaç önemli istisna dışında özgül değişkenleri hakkında az bilginin olması [49,143] ve klinik yararının az olduğu; BTA-YB altında değerlendirilen, Tıkanırçasına yeme bozukluğunun (TYB) DSM-IV sınıflandırmasına resmi olarak girmemesi; sınıflandırılan yeme bozukluklarının birbirinin içine yaygın bir şekilde geçişler barındırması gibi eksiklikleri bulunduğu belirtilmektedir [26,49,143,15,]. ICD 10'na göre yeme bozukluğu; yeme bozukluklarında, bedensel işlevlerde ruhsal belirtilere eşlik eden ağır sorunların yaşanması nedeniyle anoreksiya nevroza, bulimiya nervoza, atipik anoreksiya nervoza (anoreksiya nervozanın bir veya iki önemli tanı kriterinin olmaması) ve atipik

bulimiya nervoza (bulimiya nervozanın bir veya iki önemli tanı kriterinin olmaması) şeklinde sınıflandırılmaktadır [49,150].

Amerikan Psikiyatri Derneği, 12 Mayıs 2013 tarihinde yaptığı yıllık toplantısında, DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) (2013) tanı kriterlerini yayımlamıştır [174,175]. DSM-V'e göre; yeme bozuklukları yerine, beslenme ve yeme bozuklukları terimi kullanılmaya başlanmıştır. Ayrıca, beslenme ve yeme bozukluklarının sınıflamasında çeşitli değişiklikler yapılarak, DSM-IV'te var olan bebeklik, çocukluk ve adolesan dönemde görülen yeme bozuklukları ayrımı ortadan kaldırılmıştır. DSM-IV'te Pika ve Ruminasyon Bozukluğu, bebek ya da küçük çocuklarda tanısı konan yeme bozuklukları olmaktan çıkartılmıştır. Bununla birlikte, Kaçınan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu, Tıkanırcasına yeme/Çıkartma tipi, Başka Yerde Sınıflandırılmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları şeklinde revize edilmiştir [49].

2.3.4.1 Anoreksiya Nervoz (AN)

Anoreksiya Nervoz (AN), beden imgesinde (kişinin kendi bedenini algılamasında) bozulma, kendini kilolu algılama, beslenmeyi reddetme sonucunda aşırı kilo kaybının oluşması, zayıf kalmak için abartılmış bir istek duyma ve durdurulamaz bir zayıflama arzusu olarak tanımlanabilir [151]. AN'a, normal kilo ve sağlığı sürdürmede, yeterli düzeyde besin ve enerjinin alınımının kasıtlı kısıtlanması ve açlığın reddedilmesiyle karakterizedir [159]. Anoreksiya Nervoz (AN), ilk kez 19 yüzyılda, Gull (1868) ve Lasegue (1873) tarafından ayrı bir klinik durum olarak tanımlanmış ve oluşmasında psikolojik bir sorunun varlığından söz edilmiştir [176].

AN'nın ortaya çıkmasında birçok etmenin etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Bu çalışmalar sonrasında aile dinamikleri, sosyokültürel normlar, biyolojik ve genetik faktörlerin etkili olduğunu gösteren sonuçlara ulaşılmıştır [177].

2.3.4.1.1 Tanılanması

AN tanısına ilişkin ilk ölçütler Gerald Russell (1970) tarafından öne sürülmüştür [151,177]. Bu ölçütler; belirgin kilo kaybına yol açan davranışsal bir bozukluk, yeme kontrolünü kaybedip kilo almaktan aşırı korkmak, kadınlarda amonera, erkeklerde ise cinsel istek ve güç azalması şeklinde görülen endokrin bozuklukları kapsamaktadır. Daha sonra Feighner'in (1972) AN için önerdiği tanı ölçütleri DSM-III için temel oluşturmuştur. Feighner

ölçütlerine göre ise AN; sıklıkla 25 yaşın altında olan ve başlangıçtaki beden ağırlığının %25'inden fazlasının kaybıyla birlikte seyreden, yemek yeme biçiminin açlıktan ya da çevrenin uyarı ve zorlanmasından etkilenmeyecek ölçüde farklılaşması, besin alımı ya da beden ağırlığına ilişkin değişmiş tutum ve davranışlardır [151,177].

AN'nın tanılanmasında DSM-IV-TR, ICD-10 ve DSM-V-TR olmak üzere 3 ayrı sınıflama mevcuttur. Bu sınıflamalardan Mayıs 2013 tarihine kadar DSM-IV-TR (1994) yaygın şekilde kullanılmakla birlikte, bu tarihten sonra DSM-V sınıflaması kullanıma girmiştir. ICD-10'da, atipik BN ve atipik AN tanıları, bu hastalıkların temel kriterlerinden birinin bulunmadığı durumlar için kullanılmaktadır. ICD-10 ölçütlerine göre; AN'nın içeriği; "fizyolojik bozukluklar ve fiziksel etkenlerle bağlantılı davranış sendromları" ana başlığı altında ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almıştır [143,159,161,178-180]

2.3.4.1.2 Prognozu

Literatürde, hastane yatışı olan Anoreksiya hastalarına iyi bakılmazlarsa sonraki 20 yıl içindeki ölüm oranının %19'a varabileceği bildirilmektedir [181]. Çoğu çalışma, AN'nın, psikiyatrik hastalıklar içinde en yüksek mortaliteye sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır [151] AN'lı kişiler başlangıçta vücut ağırlıklarının %20-30'unu kaybeder ve durum ağırlaştıkça kayıp %50'ye yaklaşabilir ve bunun sonucunda gelişen kilo kaybı yaşamı tehdit edecek düzeye ulaşır. AN'nın puberte öncesi başlanmasının prognozu kötüleştirdiği ve klinik seyrin kötüye götürdüğü tespit edilmiştir [182].

AN'da genellikle ergenliğin ilk veya orta döneminde başlayan bu bozukluk relaps ve remisyonlarla sürer. AN için kötü prognoz göstergeleri; geç başlangıç yaşı (18 yaş üstü), uzun seyir, minimum vücut ağırlığının düşüklüğü, premorbid obezite, disfonksiyonel aile, eşlik eden psikiyatrik hastalık tanısı, kusma ve laksatif bağımlılığı; olarak belirlenmiştir [145]. AN'li hastaların yaklaşık yarısında tam düzelme, %30'unda orta düzeyde düzelme, %20'sinde ise kötü sonlanım bildirilmektedir. Adolesanlarda iyi bir tedaviyle tam iyileşme %70'lere kadar çıkmaktadır [183,184]. Birçok AN olgusunun bulimik özelliklere kaydığı bilinmekle beraber, AN'nın BN'ya dönüşme ihtimali ilk 2-5 yıl içinde %15 kadardır [184]. AN tedavisi sırasında, bulimik belirtiler ile kronikleşmeye gidiş oranının bazı çalışmalarda %44'e kadar yükseldiğini ortaya koymaktadır [185,186].

Kısa dönemde: Hastaların 2/3'ünde orta ve ciddi besin kısıtlaması vardır. Bu dönemde yaygın olarak gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, sıvı elektrolit dengesizlikleri ortaya çıkmaktadır [171,178,187].

Morbidite: Kısa dönem komplikasyonları genellikle uzun dönem komplikasyonlarına yol açmakta olup, uzun dönem açlığına bağlı pernisiyöz anemi, fertilite, osteoporosis ve kalp hastalıkları vb. rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır [171,178,188]. Yeme bozuklukları sıklıkla birden çok organı etkilediği için, yeme bozuklukları ile birlikte çeşitli hastalıklar da ortaya çıkabilmektedir: prematüre ölüm, kanama diyatezi, purpura dermatolojik değişiklikler, diyabetik hastalarda diyabetik komplikasyonlar, gastrik dilatasyon ve şiddetli karaciğer disfonksiyonu gibi gastrointestinal komplikasyonlar, çeşitli aritmiler, osteopeni/osteoporoz, sodyum eksikliği, hipovolemi, hipofosfatemi ve hipomagnezemi vb'dir [188].

Mortalite hızı: AN'da mortalite oranları adolesanlarda %1.8'dir. AN'a hastalığın mortalitesi 10 yıldan fazla bulunanlarda %9.4 olup, ortalama olarak %5 olarak bildirilmiştir [182]. Otuz yıllık süreç içerisinde AN hastalarının %25'i yaşamını kaybetmekte, %25'i kronikleşmekte yada BN'a gelişmektedir [184]. AN'da ölüm oranları, gelişmiş ülkelerde bile %10'a ulaşabilmektedir. 15-24 yaş arası AN'li kadınlarda ölüm oranı, aynı yaş genel popülasyondakinin 12 katıdır [183]. AN'lı hastalarda eş tanımlı başka bir hastalığın olması ölüm riskini artırmaktadır. Örneğin; Tip I Diabeti olanlarda mortalite %35'lere çıkmakta olup, Dahili hastalıkları olan AN'lerde %2-5 oranında intihar etme nedenli ölüm görülmektedir. Farklı araştırmalarda elde edilen sonuçlar olmasına rağmen, psikiyatrik hastalıklar arasında %8-15 oranında en yüksek mortaliteye sahiptir [150,184]. AN'nın mortalite hızı adolesanlarda %1.8 ve hastalığı 10 yıldan fazla olanlarda %9.4 olarak bildirilmiştir [150,178,184].

2.3.4.1.3 Tedavisi

AN'nın gelişimsel ve psikososyal komplikasyonlarının oluşması ve bu sorunların medikal tedavilerinin azlığı bu hastalıkta mortalite ve nükslerin oluşmasına yol açmaktadır [189]. Altta yatan kendilik patolojisi düzelmediği sürece hastalık relapslarla devam eder [189]. Beslenme, rehabilitasyon tedavisinin önemli bir bileşenidir. Anorektik bireyin besinlere karşı olan fikir ve düşüncelerinin değiştirilmesi amaçlanır. Ancak, beslenme rehabilitasyonu öncesinde beden imgesi düzeltilmelidir [149]. AN'da tedavi beslenme rehabilitasyonu ile başlayıp genellikle psikolojik ve farmakolojik tedavilerle desteklenmektedir [186]. AN'lı

kişilerin 5 yıllık izlem sonrasında tam olarak iyileşip iyileşmedikleri karar verilmekle birlikte tam iyileşme olarak değerlendirilen vakalarda bile nüks oranının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar vardır [190].

2.3.4.2 Bulimia Nervosa

Bulimiya Nervosa (BN), tekrarlayan epizodlarla, aşırı yeme ataklarının, uygunsuz bazı davranış formlarının (kendi kendini kusturma, laksatif, diüretik ve diğer ajanların kullanımı; yoğun ve aşırı egzersiz) kullanılarak, kompanse edilmeye çalışıldığı bir durumdur [167]. BN'nın oluşumunda; bireysel, ailesel, sosyokültürel ve biyolojik faktörler etkili olmakla birlikte, hastalığın erken dönemde başlamasına aşırı kiloluluk ve ebeveyn bakımındaki yetersizliklerin etkili olduğu bilinmektedir. Ayrıca, monozigot ikizlerde konkordansın yüksek bulunması, genetik bir yatkınlığında etkili olduğunu ortaya koymuştur [150]. Bilişsel-davranış kuramında kendilik değerlerinin, görüntü ve beden ağırlığıyla değerlendirilmesi sonucunda biçim ve ağırlığa ilişkin düşüncelerde aşırı uğraş, her ikisinin de katı bir kontrol altında tutulması inancından söz edilmektedir [191]. Annesi veya kız kardeşi BN'lı olan bir kızda oluşma riski artmaktadır. BN oluşma riskini arttıran diğer faktörler; düşük benlik saygısı, cinsel istismara uğrama, depresyon, madde kötüye kullanım, obsesif kompulsif davranış bozukluğu, kendine zarar verme ve kültürel olarak inceliğin vurgulanması olarak belirtilmiştir [167].

2.3.4.2.1 Tanılanması

Bulimia Nervosa ile ilgili ilk kayıtlara 1800'lü yıllarda rastlanmakla birlikte, Russell (1979) BN'nın ilk formal tanımını yapmış ve BN'a için tanı ölçütleri öne sürmüştür. DSM-IV-TR'e göre; BN'a kaotik yeme davranışıyla karakterizedir. Yine DSM-IV'e göre; BN'da tekrarlayan epizodlar halinde aşırı yemek yeme ve bunu kompanse edici davranışlara girmesi söz konusudur.

BN'da aşırı kalori alımını kompanse edilebilmek için kişilerin, tavsiye edilmeyen davranışlar (yoğun ve/veya aşırı egzersiz yapma, aç kalma) kullanarak, vücuttan tüm kalorinin atılmasının amaçlandığı bir durumdur [142]. DSM-IV-TR'e göre; BN'nın 2 tipi vardır. Birincisi, Çıkartma olan ve ikincisi Çıkarma olmayan tipidir. Bu tip ayrımının yapılış nedeni; tıkanırcasına yeme davranışı sonrasında kişinin bu durumu dengelemek için düzenli çıkartma yöntemlerini kullanıp kullanılmamasıyla ilişkilidir. Çıkartma tip BN'da kişiler, kusturma,

laksatif, diüretik ve dışkılamayı arttırıcı ilaçların kullanımı (barsakları boşaltma) gibi tasvip edilmeyen davranışlar yapmaktadır [192]. Çıkartma tipi olmayan BN'da, aşırı egzersiz yapma ve aç kalma gibi dengeleyici davranışlar vardır [141]. DSM-IV-TR'deki BN'nın ölçütlerinden tıkanırcasına yeme davranışı üç aylık sürede haftada iki olarak belirtilmiş olup, DSM-V'de bu durumun hafta da bir olması yeterli görülmektedir [141].

ICD-10'un BN'nın tanısı için önerdiği ölçütler DSM-IV ile uyumludur. Ancak ICD-10'da, DSM-IV-TR'de BN'da görülen tıkanırcasına yeme davranışına yer vermemiş olup, bu anlamda ICD-10'nun tıkanırcasına yeme davranışı için ifade ettiği sayısal sınırlılık kaldırılmıştır. ICD-10'da A tipik BN'a sınıflaması yapılmıştır [145]. DSM-IV-TR'deki BN'nın ölçütlerinden tıkanırcasına yeme davranışı üç aylık sürede haftada iki yerine DSM-V'e göre hafta da bir olması yeterli görülmektedir.

2.3.4.2.2 Prognozu

BN'da ortaya çıkan semptomlar çeşitli sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu sağlık problemleri; diş problemleri, sık boğaz ağrısı, mide ekşimesi, tükürük bezlerinde genişleme, yüzde şişme ve kızarıklık, gözlerde subkonjunktival hemoraji, yemek borusunda aşırı kusmaya bağlı fitikleşme ve yara, rektumda aşırı ishale bağlı incelme gibi sağlık problemleridir [159,171,177].

Kısa süreçte: Hastaların 1/3'ünde tıkinma/çıkarma episodları devam eder. Kronik depresyon veya affektif bozukluklar vardır [178].

Uzun süreçte: BN kaynaklanan uzun süreli olumsuz etkileri jinekolojik problemler, hormonal bozukluklar, hiperkolesterolemi ve hipertansiyon gibi rahatsızlıklardır [171]. Hastalığın başlangıcından itibaren (7-10 yıl) psikolojik ve beslenme girişimleriyle hastaların %85'i iyileşir [178].

Mortalite: AN'dan daha düşük mortalitesi olup, ölüm oranı %0-3 oranındadır. BN hastalarda ölüm oranı azdır ve kronikleşme %10 kadardır [184]. Ciddi intihar girişimleri görülebilir ve bu durumda hastaneye yatışları gerekebilir. İzleme çalışmaları, hastaların yaklaşık yarısının tamamen düzeldiğini, dörtte birinin kısmi düzelme gösterdiğini ve dörtte birinin kronikleştiğini göstermiştir [145]. BN'nın BTA yeme bozukluğuna dönüşme ihtimali AN'dan daha yüksektir. BN'nın iyileşme oranı AN'dan daha iyidir [184]. Her iki hastalıkta da, kronik seyir ve nöksler vardır. Erken tanı ve tedavi iyileşme oranlarını artırmaktadır. Aileye yönelik müdahaleler terapinin ayrılmaz bir parçasıdır [183]. Yeme bozukluğu

hastalarıyla yapılan 30 aylık bir izlem çalışmasında, olguların %42'sinde tam remisyon, %72'sinde kısmi remisyon saptanmıştır. 2004-2009 kadar olan sürede YB ile ilgili araştırma sonuçlarının incelendiği bir çalışmada, 10 yıl ve daha üstü izlemlerle AN'da %50 ve BN'da %75 remisyonun olduğu, AN'dan ölümlerin daha fazla olduğu saptanmıştır [183]. Ayaktan, grup ve aile terapisi ile birlikte kiloyu iyileştirmek için iyi yapılandırılmış tedavi merkezlerinde; izleyen 10-15 yıl içinde herhangi bir ölüm vakası bildirilmemiştir. Son araştırmalar, yatarak tedaviden sonra ayaktan kanıta dayalı iyi yapılandırılmış psikoterapi uygulanan gençlerde nüks oranlarının azaldığını bildirmektedir [193,194]. AN'lı hastalar iyileşirken BN dönüşebilirler böyle durumda bu kişilerin tedavisi zor olup hastalığın kronikleşmesi olarak nitelendirilmektedir [183].

2.3.4.2.3 Tedavisi

BN'lı hastalar tedaviye istekli başlarlar, fakat kısa sürede iyileşme belirtilerinin ortaya çıkmaması tedaviyi zorlaştırabilmektedir [150]. Bulimik hastaların diyet tedavisi de anorektik hastalarinkine benzer olup, yaşları genelde daha büyük olduğu için bireysel eğitim yeterli olarak görülmektedir. BN'nın tedavisi fiziksel bir rahatsızlık ya da eşlik eden psikiyatrik rahatsızlık (intihar düşünceleri, ağır depresyon) olmadığı durumlarda tercihen ayaktan yapılmaktadır [149]. Komplikasyonsuz vakalarda, tedaviye bilişsel davranış psikoterapi tedavisiyle başlanması önerilmektedir. BN'nın tedavisinde psikofarmakolojik tedavi, kognitif (Bilişsel) davranışçı tedavi (KDT), terapi (birey, aile, grup) tedavileri şeklindedir. Bilişsel davranış terapisinde, hastalar hastalıkları konusunda eğitilir. KDT ile tedavide, kişilerin tıknama ve diyet yapma döngüsü engellenir, ağırlık, beden imgesi ve kendilik kavramı hakkındaki bozulmuş işlevselliğin değiştirilmesi hedeflenir. Bilişsel davranışsal psikoterapi programları hem bireysel hem de grup formatlarında etkilidir. Ayrıca tedavi için motivasyon sağlanması da önemlidir [184]. Terapi tedavileriyle, haftada iki kere 90 dakikalık, hastanın duygularını, heyecanlarını tanımladığı, girişkenlik, hakkını arama ve öfke kontrolü gibi konularının işlendiği grup terapileri yararlı olmaktadır. Kişilerarası ilişkilerin tedavisinin ise KDT kadar etkili olmadığı fakat tedaviyi takiben 1-6 yıl içinde KDT'ye eşit etkiye ulaştığı ortaya çıkmıştır [195]. BN'lı hastalar üzerinde psikodinamik yönelimli psikoterapilerin henüz yeterli araştırması yapılmamıştır [149].

2.3.4.3 Başka Türü Adlandırılmamış Yeme Bozuklukları (BTA YB) (Eating Disorders Not Otherwise Specified) (EDNOS)

DSM-IV-TR ölçütlerine göre; Başka Türü Tanımlanamayan Yeme Bozuklukları (BTA YB) kategorisi, her hangi bir spesifik yeme bozukluğu ölçütlerine uymayan (AN ve BN) ve ayaktan tedavisi yapılan en yaygın yeme bozukluğu hastalığıdır [142,184]. Amerikan Psikiyatri Derneğine göre; BTA YB, AN ve BN kriterlerini karşılamayan yeme bozuklukları olarak tanımlanmıştır [196,197]. Bazı araştırmacılar, BTA YB'yi basitçe AN ve BN'nin tanısal sınırları genişletilmiş hali olarak tanımlamaktadır [184]. Yeme bozukluğu olan adolesanlarda sıklıkla BTA YB kategorisi teşhis edilmektedir. Tıkmırcasına yemesi olmayan, barsaklarını boşaltan kişilerin yaş ve boyu için beklenen kilonun %15 kaybının olmadığı, 3 aydan daha az süre amonerası olanları BTA YB kategorisinin içinde yer almaktadır [159]. Ayrıca BTA YB'nin hafif yada subklinik durumlar olarak görülmesi de yanlıştır. BTA YB'deki Tıkmırcasına yemenin yoğun egzersiz, kısıtlanmış yeme veya barsak boşaltmayla ilişkili olmayıp büyük miktardaki besinleri yutmama, rutin olarak çiğneme ve tükürme davranışlarını da içerir. DSM-V ölçütlerine göre; klinik olarak bir beslenme yada yeme sorunu olan ancak beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi birinin ölçütlerini karşılamayan durumlara karşılık gelmektedir [174].

2.3.5 Yeme Bozukluklarında Tedavi Yaklaşımları

Yeme bozukluklarının tedavileri, multidisipliner ekip çalışması biçiminde yürütülmektedir [183]. Yeme bozukluklarında tedavinin sonucunu, hastaların kendisinden çok psikiyatrik eş tanıları belirlemektedir. Tüm yeme bozukluklarında hastalığın tekrar etme riski tedavinin başlarında en yüksektir (tedaviyi izleyen ilk 12 aydır) [194]. Yeme bozuklukları için önerilen tedavi şekilleri; yatarak servis tedavisi, temel beslenme ilkeleri, psikanalitik tedavi, bilişsel davranışçı tedavi, psikofarmakolojik tedavi ve aile terapilerinden oluşmaktadır [184]. Genelde benimsenen birçok tedavi yaklaşımının aynı anda işbirliği ve ortak çalışma çerçevesinde uygulanmasıdır [184,185]. YB'nun kesin bir ilaç tedavisi olmayıp, psikoterapi ile birlikte yürütülmektedir. İlaçlar sadece yardımcı rol oynarlar ve bu ilaçların yan etkilerinin olması kullanımlarını sınırlandırmaktadır. Ancak son dönemlerde hem anoreksiya nervoza hem de bulimiya nervozanın çeşitli belirtilerinin hafifletilmesinde bazı yeni ilaçların yararları gösterilmiştir. Uygun dozda ve sürede kullanılırsa, tedaviye katkıları olmaktadır. Yeme bozukluklarının tedaviden beklenti semptomların düzelmesi ve davranış değişikliğidir [198].

AN, altta yatan benlik sorunu, içselleştirme yetersizliği, obje ilişkilerindeki sorunlar düzeltilmediği takdirde yinelemeler ve yatışı gerektirecek durumlar yaşanmaktadır. Uzun dönem bireysel destekleyici psikoterapi tedavinin temelini oluşturmaktadır. Gerekli durumlarda farmakoterapinin semptomlara göre eklenmesi önerilmektedir. Şişman bireylerde diyet yapmayla birlikte BN'nin semptomlarının ortaya çıktığını savunan araştırmacılar vardır. Yanlış diyet yöntemleri ve yönlendirmeler sonucunda tıkanırcasına yeme davranışı ve suçluluk davranışının ortaya çıkmasıyla tetiklendiğini ifade edilmektedir. Uzun süreli yapılan diyetin, serotoninin ön maddesi olan triptofanın azalmasına yol açtığı ve bu durumun tıkanırcasına yeme davranışı ve bulimik belirtiler arasında anlamlı ilişkisinin olduğu saptanmıştır [147]. Bulimik hastaların diyet tedavisi de anorektik hastalarınkine benzerdir. Bulimiklerin yaşı genelde daha büyük olduğundan bireysel eğitim yeterlidir. Eğer hasta ailesiyle birlikte kalıyorsa beslenme eğitimi onları da kapsamalıdır. Hastanın beden ağırlığı ve besinlere karşı tepkisi öğrenildikten sonra diyet düzenlenir. Bireysel psikoterapi teknikleri, bilişsel (kognitif) davranış terapileri, aile terapileri, grup psikoterapileri ve farmakolojik tedavinin etkinliği tartışılmaktadır [183,199].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Bursa ili merkez ilçelerinde bulunan liselerin 9, 10, 11 ve 12. sınıflarında eğitimine devam eden öğrencilerde Kasım 2013-Mart 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Bursa ili merkezinde bulunan 3 Merkez ilçedeki liselerin 9-10-11-12 sınıfları oluşturmaktadır. Merkez ilçelerdeki okulların bir kısmı yeni yapılanmalar nedeniyle düz liseden Anadolu liselerine dönüştürüldüğü için 10-11-12 veya 11,12. sınıfları olmadığından araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Merkez ilçelerde; Anadolu lisesi sayısı 29, Ticaret lisesi sayısı 7, Kız teknik lise sayısı 13, Ticaret lisesi sayısı 6 ve İmam hatip lisesi sayısı 5 olmak üzere toplamda 60 okul bulunmakta olup öğrenci sayısı 88.477'dir. Güzel sanatlar ve spor lisesi, Sosyal bilgiler lisesi, Fen lisesi, Sağlık meslek lisesi ve Düz liseden birer tane okulda 9-10-11-12 sınıflar tam olarak bulunmaktadır. Bu yüzden tabakadaki okullardan 5 tanesinin tek okul özelliği taşıması nedeniyle diğer okullardan da basit rastgele örneklem yöntemiyle birer okul seçilmiştir. Okul seçimleri sonrasında toplam farklı eğitim veren 9 farklı tabakaya ayrılmıştır. Her bir tabakadan basit rastgele örneklem yöntemiyle; Anadolu liselerinden Bursa Anadolu Lisesi (n:819); Kız Teknik ve Meslek liselerinden Nilüfer Görükle Kız Teknik ve Meslek Lisesi (n:255); Ticaret Meslek liselerinden Nilüfer Nur-Hayati Kurtcan Ticaret Meslek Lisesi (n:932); İmam Hatip Liselerinden Nilüfer İmam Hatip Lisesi (n:811) seçilmiştir. Bursa Ali Osman Sönmez Fen Lisesi (n:363); Zeki Müren Güzel Sanat ve Spor Lisesi (n:255); Ali Karasu Lisesi (n:1467); BTO Ali Osman Sönmez Sosyal Bilimler Liseleri (n:166); Bursa Anadolu Sağlık Meslek Lisesi (n:311) tek olmaları nedeniyle seçilmeden araştırmaya dahil edilmişlerdir. Örnekleme yöntemi kullanılarak, örnekleme alınacak öğrenci sayısı hesaplamak için; (yeme bozukluğu sıklığı) $p=0.03$, $q=0.97$, $\alpha=0.05$ için tablo değeri $(t)=1.96$ $d=\pm 0.01$ olarak alındığında; $n=953$ olarak hesaplanmıştır[171]. Herbir okulun tabaka hacmi oranında örnekleme kaç birey alınacağı hesaplanmıştır. Daha sonra her okuldaki kız ve erkek öğrenci sayıları saptanarak örnekleme alınacak kız ve erkek oranları belirlenmiştir. Okullardaki öğrenci listeleri yardımıyla her

okul için kız ve erkek öğrenci seçiminin yapılabilmesinde bir başlangıç sayısı belirlenerek sistematik örnekleme yöntemiyle öğrenciler tespit edilmiştir.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; 4 farklı veri toplama aracı kullanılmıştır. “Öğrenci Tanıtım Formu”, “Yeme Tutum Envanteri – EAT-40 (Eating Attitude Test) Ölçeği”, “Pier-Harris Çocuklar İçin Öz Benlik Kavramı Ölçeği” ve “Sosyal Karşılaştırma Ölçeği” kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (EK 1):

Yaş, cinsiyet, okul, sınıf, başarı durumu, vücut kitle indeksi, anne-babanın öğrenim durumu ve mesleği, sosyoekonomik durum, aile tipi ve kardeş sayısı, beslenme alışkanlıkları ve aile tutumunun çocuk tarafından nasıl algılandığına yönelik sorulardan oluşmaktadır. Ailenin ekonomik durumu DİSK-AR Ocak 2012 raporuna göre oluşturulmuştur [200].

Yeme Tutum Envanteri – EAT-40 (Eating Attitude Test) (EK 2):

Garner ve Garfinkel tarafından yeme bozuklukları semptomlarının değerlendirilmesine yönelik olarak 1979 yılında geliştirilmiştir. EAT 40 maddeden oluşmaktadır. 1982 yılında ise 40 soruluk ölçeğin 26 soruluk yeni versiyonu oluşturulmuştur. Testin geçerlilik güvenilirliği yüksektir. Sorular 6 maddelik likert ölçeği ile değerlendirilmektedir [25]. Yeme Tutumu Envanteri Testi sonucunda anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme sendromunu kontrol grubundan ayırt edebilmektedir. Bu test anoreksiya ve bulimiyayı, tıknırcasına yeme sendromundan ayırt etmekte fakat anoreksiya ile bulimiyayı karşılaştıramamaktadır. Elde edilen skorlar sonucunda EAT-40 puanı için 30 ve üstü olması yüksek risk, 30 ve 21 \geq arası orta risk ve 21 altı düşük risk olarak nitelendirilmektedir.

Pier-Harris Çocuklar İçin Öz Benlik Kavramı Ölçeği (EK 3):

Pier-Harris tarafından “The Way of How I feel About Myself” özgün adıyla geliştirilen ölçek, kişinin ne olduğu konusundaki görüşlerini değerlendirmek amacını taşır. Ölçtüğü davranış /nitelik çocukların öz-güvenleri ve öz-kavramları, kendileriyle ilgili algılamaları ve değerlendirmeleri ortaya çıkarmak amacındadır. Kolay, çabuk uygulanabilir ve puanlanabildiği için psikolojik yardıma gereksinimi olan öğrencilerin taranmasında ve tanımlanmasında kullanılabilir. 80 maddeden oluşan ölçek çok boyutlu ve toplam benlik kavramı puanı verdiği gibi 6 alt-testi puanı da vermektedir: (I) sosyal davranış; (II) bedensel

görünüm; (III) akademik başarı ya da zeka ve okul durumu; (IV) kaygı; (V) sosyal beğeni ya da gözde olma (popülerlik); (VI) mutluluk ve doyum. “Kendim Hakkındaki Düşüncelerim” adı ile uyarlanan ölçek, 9-20 yaş arası bireylere yöneliktir. Sonrası yanıtlar puanlama anahtarına göre yapılır ve her doğru yanıtı 1 puan verilir. Ölçeğin amacı olumlu algılama ve düşünceleri saptama olduğundan, olumsuz yönde ifade edilen maddelere verilen 'hayır' cevabı da doğru olarak kabul edilir. Elde edilen benlik kavramı ham puanı 0-80 arasında değişir. Elde edilen en düşük puan bireyin benlik kavramının düşük veya olumsuz olduğuna işaret eder. Yüksek puanlar (özellikle çok yüksek olanlar) ise; her zaman bireyin gerçekten çok yüksek veya olumlu bir öz-kavramına sahip olduğunu göstermeyebilir. Düşük benlik kavramı puanları, yardıma gereksinimi olanların ayırt edilmesinde ve tanınmasında önemli ipucu oluşturabilir [201]. Yan ve ark, (1999) Piers ve Harris ortalama puanını 45-60 olarak değerlendirilmiştir. Yüksek puan (>60) olumlu benlik değerlendirmesini gösterirken, düşük puan (<45) olumsuz benlik kavramını ifade etmektedir. Ölçeğin Türk örnekleme üzerinde uyarlama çalışması Çataklı ve Öner tarafından yapılmıştır. Cronbach Alfa katsayıları ile sınınanan güvenilirlik alfa değerleri, ölçeğin yüksek homojenik düzeyinde ($r = .89$) olduğunu belirlemektedir [201].

Sosyal Karşılaştırma Ölçeği (EK 4): (Social Comparison Scale)

Özgün adı ile kişinin kendine yönelik olumsuz değerlendirmelerinin düzeyini değerlendirmek amacını taşıyan kendini değerlendirme ölçeğidir. Gilbert ve Trent tarafından 5 madde ile biçimlendirilmiş, Şahin ve arkadaşları tarafından madde sayısı önce 6'ya, daha sonra 18'e çıkarılmıştır. Maddeler 6 noktalı bir boyut üzerinden alınan puanlara göre değerlendirilir. Maddelerin toplamından elde edilen puan minimum 18, maksimum 108'dir. Yüksek puanlar, olumlu benlik şemasına, düşük puanlar olumsuz benlik şemasına işaret eder. Ölçeğin iki Türk Örnekleminde Cronbach Alfa değerleri .79 ve .89 bulunmuştur [201].

Vücut Ölçümleri:

Ağırlığı ölçülecek öğrencinin üzerinde okul kıyafetlerinden tek kat kalacak şekilde giysilerini çıkartması istenerek digital baskül ile ölçülmüştür. Her ölçümden önce araç standardize edilmiştir.

Boy Uzunluğu ölçümü:

Öğrencilerin boy uzunluğu ölçülmeden önce başlarında bulunan takıları ve ayakkabılarını çıkarmaları istenmiştir. Boy uzunluğu ölçümü için terzi mezurası, düz bir zemin ile dikey bir yüzeyin (duvar, sütun, kolon vb.) keşiştiği (dik açı yaptığı) noktaya duvara

sabitlenmiştir. Boy uzunluğu ölçümü öncesinde öğrencilere ölçüm için doğru pozisyon tariflenmiştir. Doğru pozisyon; sırtın ve omuzların düz tutulduğu, çocuğun yere paralel bir şekilde tam karşıya baktığı, başın, omuzların, kalçanın, baldırın ve topukların boy ölçere paralel olduğu, ayaklarını yan yana hafif açık konumda ve bacakların düz olduğu pozisyonudur. Bu pozisyonda iken çocuğun başına cetvel ile saçına temas edecek şekilde mezurada karşılık gelen değer “cm” olarak kayıt edilmiştir.

Beden Kitle İndeksi (BKİ):

BKİ = Ağırlık (kg) / Boy (m²) formülü ile hesaplanmaktadır. Beden kitle indeksi değerleri DSÖ standartları kategorileri kullanılarak; 15. persentilin altında olanlar “zayıf”, 15. ile 85. persentilin arasında olanlar “normal”, 85.-95. persentil arasında olanlar “fazla kilolu”, 95. persentilin üstünde olanlar “obez” olarak değerlendirilmiştir.. WHO (2007)’nun önerdiği kesişim değerlerine göre sınıflanmıştır. [202].

Tablo 1. Adolesanlar için Beden Kitle İndeksine Göre Vücut Ağırlığının Değerlendirilmesi

Yaş	Cinsiyet	< 3 Veya <5. Persentil Çok Zayıf	≥5- <15. Persentil Zayıf	≥15- <85. Persentil Normal	≥85- <95. Persentil Kilolu, Toplu, Hafif Şişman	≥95. Veya ≥ 97. Persentil Şişman
15	E K	< 16.2 veya <16.8 < 16.1 veya <16.7	16.8≥-<17.9 16.7≥-<17.9	17.9≥-23.2< 17.9≥-24.0<	23.2≥-< 25.2 24.0≥-< 26.7	25.2≥. veya ≥ 26.4. 26.7≥. veya ≥ 27.9.
16	E K	< 16.7veya <17.3 < 16.4veya <16.9	17.3≥-<18.5 16.9≥-<18.2	18.5≥-24.0< 18.2≥-24.5<	24.0≥-< 26.5 24.5≥-< 27.2	26.5≥. veya ≥ 28.0 27.2≥. veya ≥ 28.4
17	E K	< 17.1 veya <17.7 < 16.6 veya <17.1	17.7≥-<18.9 17.1≥-<18.4	18.9≥-24.7< 18.4≥-24.8<	24.7≥-< 27.2 24.8≥-< 27.5	27.2≥. veya ≥ 28.4 27.5≥. veya ≥ 28.8
18	E K	< 17.3 veya <17.9 < 16.7 veya <17.2	17.9≥-<19.4 17.2≥-<18.5	19.4≥-25.3< 18.5≥-25.0<	25.3≥-< 27.8 25.0≥-< 27.7	27.8≥. veya ≥ 28.9 27.7≥. veya ≥ 29.0
19	E K	< 17.8 veya <18.2 < 16.7 veya <17.2	18.2≥-<19.5 17.2≥-<18.6	19.5≥-25.6< 18.6≥-25.1<	25.6≥-< 28.1 25.1≥-< 27.8	28.1≥. veya ≥ 29.1 27.8≥. veya ≥ 29.0

Yaşa Göre Beden Kitle İndeksi (WHO, 2007)(Ek 5)

Bel çevresi ölçümü:

Bel çevresi, en alt kosta ile processus spina iliaca anterior superior arasındaki en küçük bel çevresi, göbek üzerinden yere paralel transvers olarak 150 cm uzunluğundaki terzi mezurası ile ölçülerek santimetre (cm) olarak kaydedilmiştir. Bel çevresi ölçümü için öğrencilerden cüzdan, anahtarlık, telefon, kemer vb. eşyalarını çıkarmaları istenmiş ve ince

kiyafetlerinin üzerinden ölçümler alınmıştır. Öğrenciler ayaktayken abdomeni (karın) gevşek, kollar iki yanda, ayaklar yan yana pozisyonda terzi mezurası ile ölçümleri yapılmış ve birebir ölçümleri alındıktan sonra kaydedilmiştir. Ölçüm sırasında öğrencilerin bel bölgesine daha kolay ulaşmak için pantolon ve eteklerinin mümkün olduğunca aşağıya hafifçe indirmesi istenmiştir. Öğrencilerin bel çevresi ölçümü normal solunum sonrasında yapılmıştır. En alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası bulunarak orta noktadan geçen çevre baskı uygulanmadan ölçülmüştür. Erkeklerde; 94 cm'nin altı normal bel çevresi, 94 cm ve üzeri riskli bel çevresi; 94- 101 cm arası artmış risk bel çevresi, 102 cm'den sonra ise yüksek risk bel çevresi olarak tanımlanmaktadır. Kızlarda ise; 80 cm'nin altı normal bel çevresi; 80 cm ve üzeri bel çevresi için riskli, 80-87 cm artmış riski gösterirken 88 cm ve daha yüksek değerler yüksek risk bel çevresi olarak tanımlanmaktadır [202,203].

Kalça çevresi ölçümü;

Arkada gluteus maksimuslar ve önde simfizis pubis üzerinden geçen en geniş vücut çapı 150 cm uzunluğunda terzi mezurası ile ölçülecek ve santimetre (cm) olarak kaydedilmiştir [204].

Bel kalça oranı;

Bel ölçümünün kalça ölçümüne santimetre cinsinden bölünmesi ile elde edilmiştir. Bel kalça oranı normalde <0.70'in altında olması önemli olup, erkeklerde bel/kalça oranının 0.95'in, kızlarda ise 0.80'in altında olması normal olarak kabul edilmektedir [202,203].

Cinsiyete göre bel/kalça oranı değerleri:

Tüm çocukların ölçülen bel çevresi ile kalça çevresi ölçümü kullanılarak hesaplanmıştır.

Tablo 2. Cinsiyete göre bel/kalça oranı değerleri

Cinsiyet	Kabul edilebilir			Kabul edilemez	
	Mükemmel	İyi	Ortalama	Yüksek	Aşırı
Erkek	< 0.85	0.85 – 0.90	0.90 – 0.95	0.95 – 1.00	> 1.00
Kadın	< 0.75	0.75 – 0.80	0.80 – 0.85	0.85 – 0.90	> 0.90

Kaynak: Pekcan G.(2012).

3.5 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Öğrencilerin Yeme Tutum Envanteri–EAT-40 (Eating Attitude Test), Pier-Harris Çocuklar İçin Öz Benlik Kavramı Ölçeği, Sosyal Karşılaştırma Ölçeği araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

Bağımsız Değişkenler: Öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, memleketi, okul türü, sınıfı, okulu seçme durumu, başarı durumu, ağırlık, boy uzunluğu, BKİ, bel-kalça çevresi değerleri, anne ve babalarının eğitim durumu, meslekleri, gelir düzeyleri, aile tipi, kardeş sayısı, ailedeki kişi sayısı, sosyal güvence durumları, öğrencilerin ve ailelerinin vücut ağırlığı durumlarına ilişkin özellikleri, sağlık durumu ve alışkanlıkları ile ilgili özellikleri, aile ve sosyal çevreleriyle ilişkileriyle ilgili özellikleri, beslenmeyle ilgili özellikleri ise araştırmanın bağımsız değişkenleri oluşturmuştur.

3.6 Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS 18.0 programına yüklenerek, verilerin değerlendirilmesinde Parametrik test varsayımları yerine getirildiğinde (Kolmogorof-Simirnov) Bağımsız ikiden farklı grup karşılaştırılırken Varyans analizi, farklılık yapan grup ya da grupları bulmak için Tukey testi, Bağımsız iki grubu karşılaştırırken iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Parametrik test varsayımları yerine getirilemediğinde bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırılırken Kruskall Wallis testi, Mann-Whitney U testi, Khikare testi kullanılmış ve değişkenler arasındaki ilişki katsayılarını hesaplamak için spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Veriler tablolarda aritmetik ortalama \pm standart sapma, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilip yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.7 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Bursa Valiliği ve İl Milli Eğitim Müdürlüğü izinleri alınmıştır (Ek 6). Daha sonra Uludağ Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alınmıştır (Ek 7, Etik Kurul Karar No: 2013-18/01). Araştırmaya katılan bireylere araştırma ile ilgili açıklama yapıldıktan sonra onamları (Ek 8) alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan toplam 953 ortaöğretim öğrencisinin sosyodemografik özellikleri Tablo 3’de verilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %56.9’i (n:542) kız, %43.1 (n:411) erkek olup yaş ortalamaları 15.74 ± 1.27 olarak bulunmuştur.

Öğrencilerin çoğunluğunun (%54.7) memleketi Marmara Bölgesi olup, sırasıyla Karadeniz Bölgesi (%13.9), Doğu Anadolu Bölgesi (%11.3), İç Anadolu Bölgesi (9.1), Ege Bölgesi (%4.8), Güney Doğu Anadolu Bölgesi (%3.1), Akdeniz Bölgesi (%2.0) ve Diğer (%1.0) izlemektedir. Büyük bir kısmı (%77.6) okullarını isteyerek seçmiş olup, yarıdan çoğunun (%54.8) başarı durumları orta düzeydedir. Öğrenci annelerinin çoğunluğu ilkokul (%34.1) ve lise (%29.4) mezunu iken; babalarının öğrenim durumu üniversite (%34.6) ve lise (%30) düzeyindedir. Anne ve babaların mesleki durumlarına bakıldığında, annelerinin %67.2’sinin ev hanımı olduğu ve babaların %26.2’sinin serbest meslekle uğraştığı, %94.2’sinin sosyal güvencesinin var olduğu ve %67.8’inin aylık gelirin 1011-3197 TL arasında olduğu görülmektedir. Öğrencilerin çoğu (%85.4) çekirdek tipi ailede yaşamakta olup, evde yaşayan kişi sayısı ortalaması 4.35 ± 1.17 ’dir. Öğrencilerin %97.2’sinin anne ve babasının sağ ve ortalama kardeş sayısının 1.48 ± 1.03 olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=953)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Okullar		
Bursa Anadolu Lisesi	144	15.1
Ali Osman Sönmez Fen Lisesi	64	6.7
Ali Osman Sönmez Sosyal Bilimler Lisesi	30	3.4
Nilüfer Görükle Kız Teknik Ve M L	46	4.8
Nilüfer İmam Hatip Lisesi (Anadolu)	141	14.8
Nilüfer Nur-Hayati Kurtcan Ticaret M.L	164	17.3
Ali Karasu Lisesi	256	26.6
Zeki Müren Güzel Sanatlar Ve Spor Lisesi	48	5.0
Bursa Anadolu Sağlık M L	60	6.3
Sınıf		
9	238	25.0
10	234	24.6
11	242	25.4
12	239	25.0
Cinsiyet		
Kız	542	56.9
Erkek	411	43.1
Yaş (Ort ± Sd)	15.74 ± 1.27	(Değişim aralığı: 14-19)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Memleketi		
Marmara	521	54.7
Ege	46	4.8
İç Anadolu	87	9.1
Karadeniz	132	13.9
Akdeniz	19	2.0
Doğu Anadolu	108	11.4
Güney Doğu Anadolu	30	3.1
Diğer	10	1.0
Okulunu seçme durumu		
İsteyerek	740	77.6
İstemeyerek	213	22.4
Okul Başarısı		
Zayıf	42	4.4
Orta	522	54.8
Başarılı	336	35.3
Çok başarılı	53	5.5
Annenin öğrenim durumu		
Okur-yazar değil	13	1.4
Okul- yazar	20	2.1
İlkokul	325	34.1
Ortaokul	137	14.4
Lise	280	29.3
Üniversite	178	18.7
Babanın öğrenim durumu		
Okur- yazar değil	3	0.3
Okul- yazar	5	0.5
İlkokul	190	19.9
Ortaokul	139	14.6
Lise	286	30.1
Üniversite	330	34.6
Annenin mesleği		
Ev hanımı	640	67.2
İşçi	85	8.9
Memur	84	8.8
Serbest meslek	46	4.8
Diğer	98	10.3
Babanın mesleği		
Çalışmıyor	21	2.2
İşçi	215	22.6
Memur	178	18.7
Serbest meslek	250	26.2
Diğer	289	30.3
Sosyal güvence		
Var	898	94.2
Yok	55	5.8
*Aylık gelir düzeyi		
773 tl ve daha az	96	10.1
1011 tl- 3197 tl	646	67.8
3198tl ve fazla	211	22.1
Anne Babanın Sağ olma durumu		
İkisi de sağ	926	97.2
Yalnız anne ölü	22	2.3
Yalnız baba ölü	5	0.5
Aile tipi		
Çekirdek aile	814	85.4
Geniş aile	92	9.7
Parçalanmış aile	47	4.9
Kardeş sayısı (ort ± sd)	1.48±1.03	(Değişim aralığı: 0-7)
Evde yaşayan kişi sayısı (Ort ± Sd)	4.35±1.17	(Değişim aralığı: 1-10)

*DİSK-AR Ocak 2012 Raporu (Açlık – Yoksulluk Sınırı)

Tablo 4'te öğrencilerin ve ailelerinin vücut ağırlığı durumlarına ilişkin özellikleri gösterilmektedir. Öğrencilerin, doğum kilosu ortalama 3222.64 ± 588.07 g'dır. Öğrencilerin BKİ ortalaması 21.14 ± 3.43 olup, %81.4'ü normal kilolu, %12.6'sı kilolu, %3.3'ü şişman ve %2.7'si zayıftır. Öğrencilerin bel/kalça oranı ortalaması 0.78 ± 0.16 'dır. Öğrenci ifadelerine göre; ailelerinin %67.3'ünde şişman birey olup, %18.2 sinin babası ve %17.2'sinin de annesi şişman olarak saptanmıştır.

Tablo 4. Öğrencilerin ve ailelerinin vücut ağırlığı durumlarına ilişkin özelliklerine göre dağılımı (n=953)

Vücut Ağırlığına İlişkin Özellikler	n	%
Doğum kilosu(n:344) (Ort ± Sd)	3222.64±588.07	Değişim aralığı: (1000-5500gr)
Beden Kitle İndeksi (Ort ± Sd)	21.14±3.43	Değişim aralığı: (11.25-43.52)
Vücut ağırlığı durumu (n:953)		
Normal Kilolu	776	81.4
Kilolu	120	12.6
Şişman	31	3.3
Zayıf	26	2.7
Bel Kalça Oranı (Ort ± Sd)	0.78±0.16	Değişim aralığı: (0.58-5.23)
Ailede kilolu birey (n:926)		
Var	623	67.3
Yok	303	32.7
Annenin ağırlık durumu (n:931)		
Kilolu	160	17.2
Normal	771	82.8
Babanın ağırlık durumu (n:948)		
Kilolu	173	18.2
Normal	775	81.8
Kardeşin ağırlık durumu(n:544)		
Kilolu	65	12.0
Normal	535	88.0

Tablo 5'de öğrencilerin sağlık durumu ve alışkanlıklarına ilişkin özellikleri gösterilmekte olup; %12.1'inin sağlık problemi olduğu, %35.6'sının düzenli olarak egzersiz yaptığı, %7'sinin besin takviyesi kullandığı, %10.4'ünün sigara ve %7.9'unun alkol kullandığı saptanmıştır. Öğrencilerin haftalık ortalama egzersiz süresi 234.59 ± 184.91 dakika, ortalama günlük uyku süresi 7.52 ± 1.35 saat ve ortalama günlük TV izleme süresi 139.30 ± 93.71 dakikadır.

Tablo 5. Öğrencilerin sağlık durumu ve alışkanlıklarına ilişkin özelliklerine göre dağılımı (n=953)

Sağlık durumu ve alışkanlıklara ilişkin özellikleri	n	%
Bir sağlık probleminin varlığı		
Var	115	12.1
Yok	838	87.9
Var olan sağlık problemi (n=115)		
Üroloji	7	6.1
Kalp	8	7.0
Endokrin	9	7.8
Solunum	32	27.8
Sindirim	6	5.2
Kas	4	3.5
Psikiyatri/ nöroloji	11	9.6
Ameliyat	22	19.1
Diğer	16	13.9
Egzersiz yapma durumu		
Düzenli yapıyor	339	35.6
Düzenli yapmıyor	614	64.4
Haftalık egzersiz süresi (dakika) (n=339)	Ort ± Sd 234.59±184.91	Değişim aralığı (15-900)
Besin takviyesi alma durumu		
Düzenli alıyor	67	7.0
Almıyor	886	93.0
Alınan besin takviyeleri (n=67)		
Balık yağı	8	11.9
Kan ilacı	6	9.0
Herbal life	2	3.0
Bvit	3	4.5
Vitamin	16	23.9
Ginvit	1	1.5
Naturway	1	1.5
Protein tozu	4	6.0
Zinco	1	1.5
Cevapsız	25	37.2
Uykuya yatış saati		
Değişiyor	101	10.6
20:00	46	4.8
21:00	15	1.6
22:00	97	10.2
23:00	325	34.1
24:00	369	38.7
Uyku süresi (saat)	Ort ± Sd 7.52±1.35	Değişim aralığı 3-13
Uyku durumu		
Rahat uyku	447	46.9
Uykuya dalmada sıkıntı	112	11.8
Stresliyen uyuyamayan	96	10.1
Sabah dinlenmiş kalkmayan	272	28.5
Diğer	26	2.7

Sağlık durumu ve alışkanlıklara ilişkin özellikleri	N	%
TV izleme süresi (dakika)	Ort ± Sd 139.30±93.71	Değişim aralığı 0-720
Sigara içme alışkanlığı		
Var	99	10.4
Yok	854	89.6
Sigara miktarı (adet) (n=99)	Ort ± Sd 9.66±6.22	Değişim aralığı: 1-20
Akol kullanma durumu		
Var	75	7.9
Yok	878	92.1
Alkol miktarı (n=75)		
1 kadehten az	30	40.0
2 kadeh	31	41.3
3 kadeh	14	18.7
Alkol sıklığı (n=75)		
Nadiren	28	37.3
Günde iki	8	10.7
Hafta sonu	16	21.3
Ayda	10	13.3
İki ayda bir	6	8.0
Özel günler	7	9.4

Tablo 6’da öğrencilerin, aile ve sosyal çevresiyle olan ilişkileriyle ilgili özellikleri verilmiştir. Öğrencilerin %34.9’unun kişilerarası ilişkilerde güçlük çektiği, %33’ünün öğretmenleriyle, %32.1’inin ailesiyle ilişkilerinde sorunları olduğu saptanmıştır. Kişisel sorunlarla karşılaştığında çoğunlukla anneye (%53.5) ve aynı cinsten arkadaşlara (%41.4) başvurduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin %45.7’i ailesinin kendisine karşı tutumundan mutlu olduğunu belirtirken, %52’si de ailesinin kendisine karşı yaklaşımını “kararlarım değer verir” şeklinde ifade etmiştir.

Tablo 6. Öğrencilerin, aile ve sosyal çevre ile ilişkileriyle ilgili özelliklerinin dağılımı (n=953)

Aile ve sosyal çevre ile ilişkilerle ilgili özellikler	n	%
Kişilerarası ilişkilerde güçlük çekme durumu		
Güçlük Çekmeyen	620	65.1
Güçlük Çeken	333	34.9
Kişilerarası ilişkilerde güçlük çekilen kişi * (n=333)		
Aile	107	33.1
Arkadaş(her iki cins)	83	25.9
Öğretmen	110	33.0
Karşı cins	97	29.0
Diğer kişiler	27	9.0

Aile ve sosyal çevre ile ilişkilerle ilgili özellikler	n	%
Kişisel sorunlarında yardım alınan kişi *		
Anne	510	53.5
Baba	189	19.8
Aynı cinsten arkadaş	395	41.4
Karşı cinsten arkadaş	119	12.5
Sınıf arkadaşı	119	12.5
Öğretmeni	27	2.8
Doktoru	27	2.8
Diğer kişiler	123	12.7
Ailenin tutumundan etkilenme durumu		
Sıkılan	51	5.4
Mutlu olan	436	45.7
Kızan	31	3.3
Değişiyor	435	45.6
Ailenin yaklaşımı		
İlgisiz	32	3.4
Hiç sınır koymayan	22	2.3
Suçlayıcı davranan	23	2.4
Aşırı koruyucu davranan	153	16.1
Kararlarına saygılı	496	52.0
Sürekli eleştirel yaklaşan	110	11.5
Kararlarına saygısız	29	3.0
Diğer	88	9.3

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 7’de öğrencilerin beslenme durumu sorgulandığında; %77.1’inin bugüne kadar hiç diyet yapmadığı, %56.9’unun düzenli olarak kahvaltı ettiği, %63.5’inin düzenli olarak öğle yemeği yediği, %83.4’ünün düzenli olarak akşam yemeği yediği; %9.8’inin kuşluk vakti, %31.7’sinin ikindi vakti ve %20.1’inin gece vakti ara öğün aldığı; %31.3’ünün günde dört kez bir şeyler yediği saptanmıştır. Öğrencilerin yemek yerken sıvı şeyler içmeye (%73.2), fazla miktarda yemek yememeye (%50.8), hızlı yememeye (%47.0), asitli içecekler tüketmemeye (%43.1), fast food beslenmemeye (%40.6), beyaz et ağırlıklı beslenmeye (%39.8), sebze ağırlıklı beslenmeye (%29.7) dikkat ettikleri tespit edilmiştir.

Tablo 7. Öğrencilerin beslenme ile ilgili çeşitli özelliklerine göre dağılımı (n=953)

Beslenme alışkanlıklarına ilişkin özellikler	n	%
Bugüne kadar diyet yapma durumu		
Yapan	218	22.9
Yapmayan	735	77.1
Düzenli kuşluk vakti yeme alışkanlığı		
Var	93	9.8
Yok	860	90.2
Düzenli kahvaltı etme alışkanlığı		
Var	542	56.9
Yok	411	43.1
Düzenli öğle yemeği yeme alışkanlığı		
Var	605	63.5
Yok	348	36.5
Düzenli ikindi vakti yeme alışkanlığı		
Var	302	31.7
Yok	651	68.3
Düzenli akşam yemeği alışkanlığı		
Var	795	83.4
Yok	158	16.6
Düzenli gece vakti yeme alışkanlığı		
Var	192	20.1
Yok	761	79.9
Günlük öğün sayısı (ana ve ara öğünler dahil)		
Bir	12	1.3
İki	121	12.7
Üç	281	29.5
Dört	298	31.3
Beş	133	14.0
Altı ve üstü	65	6.8
Değişiyor	43	4.4
Yemeklerde dikkat edilen durum*		
Hızlı yememe	448	47.0
Sebze ağırlıklı beslenme	283	29.7
Fazla miktarda yememe	484	50.8
Sıvı şeyler içme	698	73.2
Asitli içecekler tüketmeme	411	43.1
Fast food beslenmeme	387	40.6
Unlu, hamur işi vb. yememe	244	25.6
Beyaz et ağırlıklı beslenme	379	40.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 8’de öğrencilerin kilo durumuna ilişkin düşünce ve tutumları incelenmiş olup; % 42.1’inin kendisini kilolu bulduğu, %36.3’ünün kilo vermek istediği ve %5.2’sinin kilosunu her gün kontrol ettiği saptanmıştır. Kilo aldığını düşünen öğrencilerin %30.2’inin spor yaptığı, %23.4’ünün abur cubur yemediği, %12.6’sının diyet yaptığı ve % 6.7’sinin öğün atladığı bulunmuştur. Öğrencilerin ifadelerine göre ailelerinde zayıf olmaya dikkat eden kişinin %39.2 oranında anneler olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 8. Öğrencilerin kilo durumuna ilişkin düşünce ve tutumların dağılımı (n=953)

Kilo durumuna ilişkin düşünce ve tutumlar	n	%
Kilosunu algılama durumu		
Fazla	401	42.1
Normal	552	57.9
Kilo vermeyi isteme durumu		
Evet	346	36,3
Hayır	607	63.7
Kilo durumuna ilişkin düşünce ve tutumlar	n	%
Kiloyu kontrol etme sıklığı		
Her gün	50	5.2
Haftada bir	110	11.5
15 günde bir	100	10.5
Ayda bir	407	42.8
Diğer	286	30.0
Kilo alındığında yapılanlar		
Abur cubur yemeyen	223	23.4
Diyet yapan	120	12.6
İştah kesici ilaç kullanan	6	.6
Öğün atlayan	64	6.7
Spor yapan	287	30.2
Cevapsız	253	26.5
Ailede vücut ağırlığına dikkat eden kişileri		
Anne	374	39.2
Baba	176	18.5
Kız kardeşi	227	23.8
Erkek kardeşi	112	11.8
Cevapsız	64	6.7

Tablo 9’da öğrencilerin vücut kitle indeksi durumlarına göre kilosunu algılama durumları görülmektedir. Zayıf olan öğrencilerden % 50.0’si kendini fazla kilolu olarak değerlendirirken, normal kilolu öğrencilerin %35.4’ü fazla kilolu olduğunu ifade etmektedir. Kilolu (%73.3) ve şişman (%80.6) öğrencilerin ise çoğunun durumlarının farkında olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin vücut kitle indeksi durumları ile kilosunu algılama durumları incelendiğinde normal, kilolu ve şişman öğrencilerin, zayıf olan öğrencilere göre durumlarının daha çok farkında olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 9. Öğrencilerin vücut kitle indeksi ve kilolarını algılama durumlarına göre dağılımı (n=953)

Vücut Kitle İndeksi	Kilosunu Algılama Durumu				Toplam	
	Fazla		Normal			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
Zayıf	13	50.0	13	50.0	26	2.7
Normal	275	35.4	501	64.6	776	81.4
Kilolu	88	73.3	32	26.7	120	12.6
Şişman	25	80.6	6	19.4	31	3.3
Toplam	401	42.1	552	57.9	953	100.0
Test sonucu	$X^2=83.106, p=0.001$					

*Kolon yüzdesi alınmıştır

Tablo 10’da öğrencilerin yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin yeme tutumu ölçeği puan ortalaması 20.59 ± 11.69 ’dur. Öğrencilerin benlik kavramı ölçeği puan ortalaması 56.07 ± 10.13 olup, en düşük puanı zihinsel durum (4.04 ± 1.53), en yüksek puanın davranış (10.64 ± 2.90) alt boyutundan aldıkları ve %14.4’ünün benlik kavramı algısının düşük olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin sosyal karşılaştırma ölçeği puan ortalamasının ise 69.51 ± 25.31 olduğu, en düşük puanın dağınıklık (3.58 ± 1.73) ve en yüksek puanın boyun eğici (4.19 ± 1.95) alt boyutundan aldıkları saptanmıştır. Yapılan korelasyon analizinde, yeme tutum puanı arttıkça benlik kavramı puanının azaldığı ($r = -0.262, p < 0.0001$), benlik kavramı puanı arttıkça sosyal karşılaştırma puanının da arttığı ($r = 0.109, p < 0.001$), ancak her iki ilişkinin de zayıf olduğu, yeme tutum puanı ile sosyal karşılaştırma puanı arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($r = -0.47, p > 0.05$).

Tablo 10. Öğrencilerin yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeği puanlarının dağılımı (n=953)

Ölçeğin adı	Alt boyut	Ort \pm Sd	Minimum	Maksimum
Yeme Bozukluğu	Toplam puan	20.59 ± 11.69	4.00	99.00
Benlik Kavramı	Mutluluk	9.35 ± 3.06	0.00	13.00
	Kaygı	7.27 ± 2.83	0.00	13.00
	Popülarite	9.05 ± 1.95	1.00	11.00
	Davranış	10.64 ± 2.90	0.00	16.00
	Fiziksel görünüm	6.01 ± 2.19	0.00	10.00
	Zihinsel durum	4.04 ± 1.53	0.00	7.00
	Toplam puan	56.07 ± 10.13	0.00	13.00

Ölçeğin adı	Alt boyut	Ort ±Sd	Minimum	Maksimum
Sosyal Karşılaştırma	Yetersiz	3.69±1.72	1	6
	Beceriksiz	3.80±1.80	1	6
	Başarısız	3.72±1.69	1	6
	Sevilmeyen biri	3.90±1.99	1	6
	İçedönük	3.65±1.78	1	6
	Yalnız	3.82±1.90	1	6
	Dışta bırakılmış	3.94±1.95	1	6
	Sabırsız	3.68±1.77	1	6
	Hoşgörüsüz	4.02±1.92	1	6
	Söyleneni yapan	4.01±1.65	1	6
	Korkak	3.95±1.81	1	6
	Kendine güvensiz	3.92±1.87	1	6
	Çekingen	3.74±1.77	1	6
	Dağınık	3.58±1.73	1	6
	Pasif	3.87±1.82	1	6
	Kararsız	3.97±1.72	1	6
	Antipatik	4.01±1.89	1	6
Boyun eğici	4.19±1.95	1	6	
Toplam		69.51±25.31	18.00	108.00

Tablo 11’de öğrencilerin okudukları okullara göre; yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar verilmiştir. Her üç ölçek puanı da okullara göre önemli farklılık göstermektedir ($p<0.0001$). Yeme tutum puanları orta riskte olan okullar (YTT puanı 21-30) Bursa Anadolu lisesi, Nilüfer Görükle Kız Teknik Lisesi, Zeki Müren Güzel Sanatlar lisesi ve Bursa Anadolu Sağlık Meslek lisesi olup, diğer liselerdeki öğrencilerin yeme tutum puanı düşük risk grubundadır (puan <21). En yüksek YTT puanı Nilüfer Görükle Kız Teknik ve Meslek lisesi öğrencilerinin olup, bu puan Ali Osman Sönmez Fen Lisesi, Ali Karasu Lisesi, Nilüfer Nur-Hayati Kurtcan T.M. Lisesinde okumakta olan öğrencilerin puanlarından önemli ölçüde yüksektir. YTT puanı en düşük olan öğrenciler ise Ali Osman Sönmez Fen Lisesindedir. Bu okuldaki öğrencilerin YTT puanı Bursa Anadolu Sağlık M L ve Zeki Müren Güzel Sanatlar ve Spor Lisesinde okuyan öğrencilerin puanlarından anlamlı ölçüde düşüktür ($p<0.0001$). Benlik kavramı puanları en yüksek olan öğrenciler Zeki Müren Güzel Sanatlar ve Spor Lisesinde okumakta olup, puan

ortalamaları Nilüfer Görükle Kız Teknik ve Meslek Lisesi ile Ali Osman Sönmez Sosyal Bilimler Lisesinde okumakta olan öğrencilerin puanlarından anlamlı ölçüde yüksektir. Benlik kavramı puanları en düşük olan öğrenciler Nilüfer Görükle Kız Teknik ve Meslek Lisesinde okumaktadır. Bu okulda okumakta olan öğrencilerin benlik kavramı puanlarının Zeki Müren Güzel Sanatlar ve Spor Lisesi, Bursa Anadolu Sağlık M Lisesi ve Nilüfer Nur-Hayati Kurtcan T.M.Lisesinde okuyan öğrencilere göre anlamlı ölçüde düşük olduğu saptanmıştır.Sosyal karşılaştırma puanları en yüksek olan öğrenciler Ali Osman Sönmez Fen Lisesinde okumakta olup, Nilüfer Nur-Hayati Kurtcan T. M. Lisesi, Bursa Anadolu Sağlık Meslek Lisesi ve Nilüfer Görükle Kız Teknik ve Meslek Lisesinde okuyan öğrencilerin sosyal karşılaştırma puanlarından anlamlı ölçüde yüksektir.Sosyal karşılaştırma ölçek puanı en düşük öğrenciler Nilüfer Nur-Hayati Kurtcan T.M. Lisesinde okumaktadır. Nilüfer Nur-Hayati Kurtcan T.M. Lisesinde okuyan öğrencilerin sosyal karşılaştırma puanları Ali Osman Sönmez Fen Lisesi, Nilüfer İmam Hatip Anadolu Lisesi, Zeki Müren Güzel Sanatlar ve Spor Lisesinde okumakta olan öğrencilere göre anlamlı ölçüde düşük olduğu saptanmıştır (p<0.001).

Tablo 11. Öğrencilerin okullarına göre yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeği puanları (n=953)

Okullar	BKI	Yeme tutumu	Benlik Kavramı	Sosyal karşılaştırma
	Ort ±Sd	Ort ±Sd	Ort ±Sd	Ort ±Sd
Bursa Anadolu L	21,15±2,99	21,20±16,01	56,77±11,01	73,18±26,30
Ali Osman Sönmez Fen L	21,64±3,16	16,65±6,98	56,15±10,57	83,76±14,87
Ali Osman Sönmez Sosyal Bilimler L	21,41±3,45	20,63±10,66	53,00±10,43	73,90±15,39
Nilüfer Görükle Kız Teknik ve ML	21,36±3,89	28,80±19,14	49,86±9,32	66,10±19,18
Nilüfer İmam Hatip Anadolu L	20,99±3,38	20,53±10,47	55,19±10,15	76,68±22,69
Nilüfer Nur-Hayati Kurtcan T.M.L	20,73±3,16	19,88±9,06	57,15±10,09	58,74±24,07

Okullar	BKI	Yeme tutumu	Benlik Kavramı	Sosyal karşılaştırma
Düz Lise Ali Karasu	21,40±3,88	19,14±9,92	55,83±9,94	67,10±26,50
Zeki Müren Güzel Sanatlar Ve Spor L.	21,43±3,39	21,25±11,94	58,91±8,11	76,58±23,89
Bursa Anadolu Sağlık M	20,37±3,07	24,80±8,47	58,56±8,03	63,20±29,92
Test sonucu	KW=10,009 p=0,264	KW=53,556 p=0,001	KW=31,810 p=0,001	KW=72,31 p=0,001

Tablo 12’de öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre ortalama yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçek puanları verilmiştir. Öğrencilerin yeme tutum puanları karşılaştırıldığında; 10. sınıfta okuyan öğrencilerin diğer sınıflardakinden, okulu isteyerek seçmeyenlerin isteyerek seçenlerden, kızların erkeklerden, annesi okur-yazar olmayanların annesi lise ve üniversite mezunu olanlardan, babası ortaokul mezunu olanların babası lise ve üniversite mezunu olanlardan, annesi ev hanımı olanların diğerlerinden ve gelir düzeyi en düşük grupta olanların da diğer gelir grubundakilerden önemli ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05-0.001$). Kardeş sayısı ve ailedeki kişi sayısı arttıkça yeme tutum puanının arttığı bulunmuştur, ancak aradaki ilişki zayıftır. Diğer faktörlerle öğrencilerin yeme tutum puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$)

Öğrencilerin ortalama benlik kavramı puanları karşılaştırıldığında; 9. sınıfta okuyan, okulunu isteyerek seçen, okulunda çok başarılı olan ve sosyal güvencesi olan öğrencilerin benlik kavram puanlarının diğerlerinden önemli ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır. Erkeklerin benlik kavramı puanı kızlardan yüksektir. Annesi okur yazar olmayanların puanı ise diğerlerinden düşüktür. Yaş ve kardeş sayısı arttıkça benlik kavramı puanı da düşmektedir ($p<0.05$), aradaki ilişki zayıftır. Diğer değişkenlerle öğrencilerin benlik kavramı puanları arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır.

Öğrencilerin sosyal karşılaştırma ölçeği puanları karşılaştırıldığında ise; 10. sınıf öğrencilerinin, babası çalışmayanların, annesi işçi olanların babası ortaokul mezunu olanların orta düzeyde aile geliri olanların sosyal karşılaştırma ölçeği puanlarının diğerlerinden önemli ölçüde düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca; annesi üniversite mezunu olanların ve parçalanmış ailede yaşayanların puanları da diğerlerinden yüksektir. Erkeklerin ise

kızlardan daha fazla puan aldıkları görülmüştür. Kardeş ve ailede yaşayan kişi sayısı ile sosyal karşılaştırma puanları arasında zayıf korelasyon vardır ($p<0.001-0.10$). Ailede kardeş ve yaşayan kişi sayısı arttıkça sosyal karşılaştırma ölçek puanları düşmekle beraber ($p<0.05$) aradaki ilişkinin zayıf olduğu saptanmıştır.

Tablo 12. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçek puanları (n=953)

Sosyodemografik Özellikler	Yeme tutumu	Benlik kavramı	Sosyal karşılaştırma
	Ort \pm Sd	Ort \pm Sd	Ort \pm Sd
Sınıflar			
9	20.00 \pm 10.35	58.44 \pm 10.55	73.97 \pm 24.66
10	22.57 \pm 14.71	54.76 \pm 10.02	62.54 \pm 26.61
11	20.05 \pm 10.02	55.44 \pm 10.10	69.35 \pm 24.00
12	19.79 \pm 11.02	55.66 \pm 9.52	72.03 \pm 24.63
Test sonucu	F=2.999, p=0.030	F=6.169, p=0.001	F=9.379, p=0.001
Okulu isteyerek seçme durumu			
Evet	19.91 \pm 10.73	57.22 \pm 9.75	70.19 \pm 25.50
Hayır	22.98 \pm 14.32	52.10 \pm 10.46	67.17 \pm 24.58
Test sonucu	Z=2.394 p=0.017	Z=-6.252 p=0.001	Z=-1.782 p=0.075
Okul Başarısı			
Zayıf	21.35 \pm 11.83	52.69 \pm 11.43	76.26 \pm 26.32
Orta	20.85 \pm 11.16	54.81 \pm 9.83	68.82 \pm 23.94
Başarılı	19.97 \pm 11.77	57.98 \pm 9.92	69.20 \pm 26.09
Çok başarılı	21.37 \pm 15.74	59.18 \pm 10.80	72.94 \pm 31.64
Test sonucu	KW=3.938, p=0.268	KW=33.639, p=0.001	KW=7.416, p=0.060
Yaş	r=-0.028, p=0.383	r=-0.100, p=0.002	r=0.009, p=0.780
Cinsiyet			
Kız	21.98 \pm 11.56	55.29 \pm 10.31	65.00 \pm 25.15
Erkek	18.76 \pm 11.6	57.11 \pm 9.81	75.48 \pm 24.30
Test sonucu	t=4.247, p=0.001	t=-2.753, p=0.006	t=-6.446, p=0.001
Memleketi			
Marmara	21.03 \pm 12.43	56.34 \pm 10.10	69.90 \pm 25.61
Ege	18.60 \pm 10.59	56.08 \pm 8.68	69.32 \pm 21.68
İç Anadolu	18.48 \pm 9.43	56.45 \pm 9.48	75.51 \pm 24.70
Karadeniz	21.77 \pm 13.63	57.06 \pm 10.32	65.05 \pm 27.31
Akdeniz	18.89 \pm 8.41	54.00 \pm 11.35	69.57 \pm 22.51
Doğu Anadolu	19.62 \pm 8.27	54.65 \pm 10.40	68.42 \pm 25.09
Güney Doğu Anadolu	20.83 \pm 7.57	52.90 \pm 11.72	71.40 \pm 17.68
Diğer	23.00 \pm 12.97	54.60 \pm 10.34	62.30 \pm 25.09
Test sonucu	KW=10.396, p=0.167	KW=9.445, p=0.222	KW=8.872, p=0.262
Annenin Öğrenim Durumu			
Okur-yazar değil	28.84 \pm 7.51	52.07 \pm 11.45	67.46 \pm 25.28
Okul- yazar	20.95 \pm 7.05	60.60 \pm 10.01	59.85 \pm 29.80
İlkokul	21.68 \pm 11.76	55.42 \pm 10.24	68.22 \pm 24.59
Ortaokul	23.87 \pm 14.65	54.75 \pm 9.45	67.21 \pm 25.53
Lise	18.13 \pm 9.16	56.92 \pm 9.69	67.64 \pm 25.92
Üniversite	19.31 \pm 12.20	56.75 \pm 10.82	77.85 \pm 23.40
Test sonucu	KW=51.392, p=0.001	KW=13.787, p=0.017	KW=26.101, p=0.001

Babanın Öğrenim Durumu			
Okur- yazar değil	17.33±4.50	51.66±8.32	74.00±12.49
Okul- yazar	18.00±5.61	62.80±14.49	69.00±27.50
İlkokul	22.90±13.16	56.25±9.39	67.12±25.05
Ortaokul	23.38±12.57	54.33±10.25	64.49±26.45
Lise	18.96±10.13	56.32±9.78	67.71±25.29
Üniversite	19.58±11.42	56.43±10.69	74.54±24.36
Test sonucu	KW=33.279, p=0.001	KW=10.142, p=0.071	KW=21.061, p=0.001
Annenin Mesleği			
Ev hanımı	21.18±12.23	55.85±10.14	68.40±25.71
İşçi	19.85±8.45	56.47±8.91	59.85±23.07
Memur	19.30±12.99	55.40±10.89	75.86±23.18
Serbest meslek	20.19±8.48	57.04±9.66	73.76±23.91
Diğer	18.71±10.41	57.30±10.68	77.71±23.37
Test sonucu	KW=11.748, p=0.019	KW=2.496, p=0.645	KW=31.633, p=0.001
Babanın Mesleği			
Çalışmıyor	20.85±9.87	52.09±9.36	62.33±24.07
İşçi	21.28±11.69	56.26±9.59	64.95±25.34
Memur	20.31±11.40	54.85±10.81	71.57±24.45
Serbest meslek	20.87±11.30	56.39±9.79	69.30±25.99
Diğer	20.00±12.35	56.71±10.38	72.34±24.88
Test sonucu	KW=5.298, p=0.258	KW=7.409, p=0.116	KW=13.206, p=0.010
Sosyal Güvence			
Var	20.53±11.79	56.25±10.15	69.37±25.46
Yok	21.60±10.05	53.18±9.49	71.92±22.84
Test sonucu	Z=-0.425, p=0.154	Z=-2.435, p=0.015	Z=-0.463, p=0.643
Aylık Gelir Düzeyi			
773 TL ve daha az	23.84±13.51	54.14±11.29	72.84±24.55
1011 TL- 3197 TL	20.33±10.87	56.38±9.94	68.02±25.05
3198TL' den fazla	19.92±13.00	56.03±10.12	72.57±26.14
Test sonucu	KW=15.958, p=0.001	KW=3.760, p=0.153	KW=7.915, p=0.019
Anne Babanın Sağ olma durumu			
İkisi de sağ	20.59±11.77	56,16±10,11	69.43±25.28
Yalnız anne sağ	20.95±9.50	52.86±10.58	68.31±27.96
Yalnız baba sağ	18.80±5.67	53.60±13.24	90.00±3.80
Test sonucu	KW=0.363, p=0.834	KW=2.539, p=0.281	KW=3.722, p=0.156
Aile Tipi			
Çekirdek aile	20.70±11.68	56.08±10.09	68.95±25.40
Geniş aile	20.32±13.15	56.32±10.75	68.81±25.57
Parçalanmış aile	19.31±8.55	55.46±9.84	80.65±20.75
Test sonucu	KW=0.333, p=0.846	KW=0.498, p=0.779	KW=9.489, p=0.009
Kardeş Sayısı			
Test sonucu	r=0.124, p=0.001	r=-0.109, p=0.001	r=-0.074, p=0.023
Evde Yaşayan Kişi Sayısı			
Test sonucu	r=0.083, p=0.011	r=-0.034, p=0.296	r=-0.071, p=0.029

F= One-way Annona testi KW=Kruskal Wallis testi r=Spearman testi t= t testi

Tablo 13’de öğrencilerin ve ailelerin vücut ağırlıklarına ilişkin özelliklerine göre yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçek puanları gösterilmektedir. Vücut ağırlığı normal olanların ortalama YTT puanı düşük risk grubunda iken, kilolu, şişman ve zayıf olanları ise orta risk grubundadır, ancak gruplar arasında önemli farklılık yoktur(p >0.05). Annesi kilolu olanların ortalama YTT puanı yeme bozukluğu açısından orta risk grubunda yer

almakta olup annesi kilolu olmayanlarınkine göre yüksektir ($p<0.05$). Yine ailesinde kilolu birey olanların, annesi, babası ve kardeşi kilolu olanların benlik kavramı puanları da diğerlerinden düşüktür. Beden kitle indeksi değeri ve bel/kalça oranı arttıkça yeme tutum puanı ve benlik kavramı puanı azalmakta iken, sosyal karşılaştırma ölçek puanı artmakta olup aralarında zayıf ilişki vardır.

Tablo 13. Öğrencilerin ve ailelerinin vücut ağırlığına ilişkin özelliklerine göre yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeği puanları (n=953)

Vücut Ağırlığına İlişkin Özellikler	Yeme tutumu	Benlik kavramı	Sosyal karşılaştırma
	Ort±Sd	Ort±Sd	Ort±Sd
Doğum kilosu	r=-0.022, p=0.490	r=-0.044, p=0.178	r=0.036, p=0.265
Beden Kitle İndeksi	r=0.074, p=0.022	r=-0.005, p=0.867	r=0.077, p=0.018
Vücut ağırlığı durumu			
Normal kilolu	20.25±11.33	55.85±10.10	68.60±25.42
Kilolu	21.68±13.19	57.43±10.45	76.26±24.55
Şişman	23.80±11.75	55.58±9.02	70.77±20.25
Zayıf	21.96±14.39	57.19±10.96	64.00±26.89
Test sonucu	KW=5.252, p=0.154	KW=4.166, p=0.244	KW=12.168, p= 0.007
Bel / Kalça Oranı	r=-0.036, p=0.265	r=-0.015, p=0.634	r=0.090, p=0.006
Ailede şişman birey			
Var	20.97±10.96	55.52±10.25	70.18±24.76
Yok	19.87±12.94	57.13±9.85	68.26±26.32
Test sonucu	Z=-2.970, p=0.003	Z=2.257, p=0.024	Z=-0.883, p=0.377
Annenin ağırlık durumu			
Kilolu	23.55±10.33	53.98±10.55	67.62±24.17
Normal	20.00±11.86	56.50±10.00	69.89±25.53
Test sonucu	Z=-5.390, p=0.001	Z=2.722, p=0.006	Z=1.350, p=0.177
Babanın ağırlık durumu			
Kilolu	20.96±9.67	54.49±10.28	71.09±25.28
Normal	20.51±12.10	56.43±10.08	69.16±25.32
Test sonucu	Z=-1.746, p=0.081	Z=2.437, p=0.015	Z=-0.923, p=0.354
Kardeşin ağırlık durumu			
Kilolu	21.21±11.01	53.73±10.79	70.63±27.16
Normal	20.55±11.75	56.25±10.07	69.43±25.19
Test sonucu	Z=-0.738, p=0.461	Z=2.006, p=0.045	Z=-0.438, p=0.631

Tablo 14'te öğrencilerin vücut ağırlığı (BKİ) ve yeme bozukluğu durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Yeme bozukluğunun genel görülme oranı %12.3'tür. Şişman olanlarda yeme bozukluğu oranı %22.5 olmakla birlikte gruplar arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 14. Öğrencilerin vücut ağırlığı ve yeme bozukluğu durumlarına göre dağılımı (n=953)

Vücut Ağırlığı Durumu	Yeme bozukluğu				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%*
	Sayı	%	Sayı	%		
Normal	87	11.2	689	88.8	776	81.4
Kilolu	19	15.8	101	84.2	120	12.6
Şişman	7	22.5	24	77.5	31	3.3
Zayıf	4	15.3	22	84.7	26	2.7
Toplam	117	12.3	836	87.7	953	100.0
Test Sonucu	$X^2=5.517, p=0.138$					

*Kolon yüzdesi alınmıştır.

Tablo 15’de öğrencilerin vücut ağırlığı durumuna göre benlik kavramı alt boyut puanları görülmekte olup vücut ağırlıkları ile benlik kavramı puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 15 . Öğrencilerin vücut ağırlığı durumuna göre benlik kavramı alt boyut puanları (n=953)

Vücut Ağırlığı Durumu	Benlik Kavramı Alt Boyutu					
	Mutluluk	Kaygı	Popolarite	Davranış	Fiziksel	Zihinsel
Normal	9.26±3.07	7.25±2.80	9.03±1.93	10.56±2.93	6.04±2.19	4.04±1.52
Kilolu	9.75±3.17	7.67±3.03	9.20±2.04	10.97±2.70	5.96±2.30	4.01±1.51
Şişman	9.45±2.59	6.29±2.73	9.09±1.95	10.96±2.46	5.29±1.61	3.96±1.79
Zayıf	10.03±2.59	7.50±2.95	8.80±2.29	11.15±3.37	6.15±2.20	4.19±1.76
Test sonucu	KW=6.133 p=0.105	KW=7.546 p=0.056	KW=1.646 p=0.649	KW=3.681 p=0.298	KW=5.675 p=0.129	KW=0.335 p=0.953

Tablo 16’da öğrencilerin benlik kavramı düzeyleri ile vücut ağırlığı arasındaki ilişki incelenmiş olup, öğrencilerin % 14.4’ünün benlik kavramı puanı düşük bulunmuştur. Benlik kavramı düzeylerinin vücut ağırlığı durumuna göre önemli farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$)

Tablo 16. Öğrencilerin vücut ağırlığına ve benlik kavramı patolojisi durumlarına göre dağılımı (n=953)

Vücut Ağırlığı Durumu	Benlik Kavramı Düzeyi						Toplam	
	Düşük		Normal		Yüksek		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Normal Kilolu	114	14.7	346	44.6	316	40.7	776	81.4
Kilolu	16	13.3	40	33.3	64	53.4	120	12.6
Şişman	3	9.7	17	54.9	11	35.4	31	3.3
Zayıf	4	15.4	9	34.6	13	50.0	26	2.7
Toplam	137	14.3	412	43.3	404	42.4	953	100.0
Test sonucu	$X^2=9.704, p=0.138$							

Tablo 17’de öğrencilerin vücut ağırlığı durumuna göre sosyal karşılaştırma alt boyut puanları görülmektedir. Kilolu olanların yetersiz, beceriksiz, başarısız, sevilmeyen, içe dönük, dışta bırakılmış, kendine güvensiz, çekingen ve boyun eğici alt boyut puanlarının diğerlerinininkinden önemli ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 17. Öğrencilerin vücut ağırlığı durumuna göre sosyal karşılaştırma alt boyut puanları (n=953)

Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Alt Boyutları	Ort±Sd	Test sonucu
Yetersiz	Normal Kilolu Kilolu Şişman Zayıf	3.63±1.72 4.24±1.64 3.42±1.64 3.27±1.68
Beceriksiz	Normal Kilolu Kilolu Şişman Zayıf	3.75±1.81 4.28±1.73 3.52±1.63 3.46±1.86
Başarısız	Normal Kilolu Kilolu Şişman Zayıf	3.67±1.69 4.19±1.64 3.52±1.58 3.35±1.85
Sevilmeyen Biri	Normal Kilolu Kilolu Şişman Zayıf	3.85±2.01 4.38±1.86 3.77±1.80 3.27±2.07
İçe Dönük	Normal Kilolu Kilolu Şişman Zayıf	3.59±1.79 4.06±1.70 3.81±1.49 3.69±1.87

Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Alt Boyutları		Ort±Sd	Test sonucu
Yalnız	Normal Kilolu	3.77±1.90	KW=6.470 P=0.091
	Kilolu	4.18±1.90	
	Şişman	3.97±1.70	
	Zayıf	3.46±2.04	
Dışta Bırakılmış	Normal Kilolu	3.86±1.97	KW=13.085 P=0.004
	Kilolu	4.49±1.83	
	Şişman	4.00±1.80	
	Zayıf	3.50±2.02	
Sabırsız	Normal Kilolu	3.64±1.80	KW=2.839 P=0.417
	Kilolu	3.79±1.68	
	Şişman	3.68±1.51	
	Zayıf	4.19±1.65	
Hoş Görüsüz	Normal Kilolu	3.98±1.93	KW=4.473 P=0.215
	Kilolu	4.37±1.81	
	Şişman	4.13±1.83	
	Zayıf	3.65±2.19	
Söyleneni Yapan	Normal Kilolu	3.99±1.65	KW=6.743 P=0.081
	Kilolu	4.31±1.57	
	Şişman	3.77±1.78	
	Zayıf	3.50±1.77	
Korkak	Normal Kilolu	3.90±1.83	KW=5.208 P=0.157
	Kilolu	4.30±1.74	
	Şişman	4.00±1.67	
	Zayıf	3.85±1.78	
Kendine Güvensiz	Normal Kilolu	3.85±1.87	KW=12.513 P=0.006
	Kilolu	4.44±1.82	
	Şişman	3.97±1.74	
	Zayıf	3.62±2.04	
Çekingen	Normal Kilolu	3.66±1.78	KW=13.163 P=0.004
	Kilolu	4.26±1.62	
	Şişman	3.94±1.69	
	Zayıf	3.38±1.74	
Dağınık	Normal Kilolu	3.55±1.73	KW=5.179 P=0.159
	Kilolu	3.66±1.75	
	Şişman	4.23±1.54	
	Zayıf	3.38±1.62	
Pasif	Normal Kilolu	3.82±1.83	KW=4.826 P=0.185
	Kilolu	4.13±1.78	
	Şişman	4.29±1.55	
	Zayıf	3.58±1.88	
Kararsız	Normal Kilolu	3.94±1.73	KW=4.249 P=0.236
	Kilolu	4.23±1.70	
	Şişman	4.13±1.74	
	Zayıf	3.73±1.63	
Antipatik	Normal Kilolu	3.98±1.91	KW=5.408 P=0.144
	Kilolu	4.33±1.80	
	Şişman	4.10±1.55	
	Zayıf	3.50±1.96	
Boyuneğici	Normal Kilolu	4.12±1.97	KW=12.110 P=0.007
	Kilolu	4.64±1.81	
	Şişman	4.55±1.76	
	Zayıf	3.62±1.94	

Tablo 18’de öğrencilerin sağlık durumu ve alışkanlıklarına ilişkin özelliklerine göre yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeği puanları görülmektedir. Sağlık sorunu olanların yeme tutum puanının sağlık sorunu olmayanlardan, akşam saat 21.00’de uyuyanların puanının da saat 24:00’de ve değişik saatlerde uyuyanlardan önemli ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Sabah dinlenmiş kalkmayanların puanı ise diğerlerinden düşüktür ($p<0.05$). Sağlık problemi olanların, egzersiz yapmayanların, bazen besin takviyesi alanların ve sigara içenlerin benlik kavramı puanları diğerlerinden düşük, rahat uyuyanların ise yüksektir ($p<0.05$). Sosyal karşılaştırma puanının ise egzersiz yapanlarda, değişik saatlerde uyuyanlarda ve alkol kullananlarda diğerlerinden yüksek olup TV izleme süresi ile zayıf korelasyon gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 18. Öğrencilerin sağlık durumu ve alışkanlıklarına ilişkin özelliklerine göre yeme tutumu, benlik kavramı, sosyal karşılaştırma ölçeği puanları (n=953)

Sağlık Durumu ve Alışkanlıklara İlişkin Özellikler	Yeme tutumu	Benlik kavramı	Sosyal karşılaştırma
	Ort \pm Sd	Ort \pm Sd	Ort \pm Sd
Bir sağlık problemi			
Var	24.80 \pm 17.09	53.58 \pm 10.13	66.86 \pm 26.14
Yok	20.02 \pm 10.63	56.42 \pm 10.09	69.87 \pm 25.19
Test sonucu	Z=-2.831 p=0.005	Z=-2.807 p=0.005	Z =-0.979 p=0.328
Egzersiz yapma durumu			
Yapıyor	20.45 \pm 11.81	57.77 \pm 10.03	73.45 \pm 26.44
Yapmıyor	20.13 \pm 10.67	52.54 \pm 10.38	66.64 \pm 23.10
Bazen yapıyor	20.96 \pm 12.13	56.54 \pm 9.64	67.74 \pm 25.13
Test sonucu	KW=0.806, p=0.668	KW=34.685, p=0.001	KW=18.441, p=0.001
Besin takviyesi alma durumu			
Alıyor	23.50 \pm 15.71	55.28 \pm 10.62	69.65 \pm 26.25
Almıyor	20.39 \pm 11.39	56.45 \pm 10.09	69.17 \pm 25.53
Bazen	20.15 \pm 10.34	52.18 \pm 9.42	73.60 \pm 21.30
Test sonucu	KW=2.712, p=0.258	KW=12.360, p=0.002	KW=1.147, p=0.564
Uykuya yatış saati			
Değişiyor	17.90 \pm 7.50	54.09 \pm 10.02	73.71 \pm 22.84
20:00	23.67 \pm 15.30	54.73 \pm 9.40	64.93 \pm 28.40
21:00	28.66 \pm 12.48	54.53 \pm 11.75	59.33 \pm 20.96
22:00	21.74 \pm 10.79	57.53 \pm 11.68	69.12 \pm 27.54
23:00	21.14 \pm 12.28	56.54 \pm 10.08	67.35 \pm 25.39
24:00	19.84 \pm 11.56	56.05 \pm 9.75	71.35 \pm 24.81
Test sonucu	KW=21.465, p=0.001	KW=9.293, p=0.098	KW=11.341, p=0.045

Sağlık Durumu ve Alışkanlıklara İlişkin Özellikler	Yeme tutumu	Benlik kavramı	Sosyal karşılaştırma
	Ort ±Sd	Ort ±Sd	Ort ±Sd
Uyku süresi (saat)	r=0.022, p=0.507	r=0.032, p=0.317	r=-0.063, p=0.054
Uyku durumu			
Rahat uyku	20.01±11.73	59.54±9.14	69.55±27.11
Uykuya dalmada sıkıntı	22.58±13.21	51.90±9.88	67.69±24.70
Stresliyen uyuyamayan	22.81±12.51	53.51±9.77	69.54±24.48
Sabah dinlenmiş kalkmayan	19.83±10.53	53.46±9.96	70.24±22.95
Diğer	21.88±11.33	51.38±11.62	68.96±23.90
Test sonucu	KW=10.708, p=0.030	KW=104.166, p=0.001	KW=1.173, p=0.883
TV izleme süresi	r=-0.050, p=0.120	r=-0.062, p=0.055	r=-0.079, p=0.015
Sigara içme alışkanlığı			
Evet	21.83±13.34	52.30±11.01	70.25±23.99
Hayır	20.45±11.49	56.51±9.94	69.43±25.47
Test sonucu	Z=-1.069, p=0.285	Z=3.693 p=0.001	Z=-0.154 p=0.877
Alkol kullanma durumu			
Evet	22.09±18.40	54.97±10.20	76.22±24.94
Hayır	20.47±10.94	56.17±10.13	68.94±25.28
Test sonucu	Z=0.703 p=0.481	Z=1.103 p=0.270	Z=-2.498 p=0.012
Diğer alışkanlıklar			
Evet	26.00±12.94	53.20±14.32	83.60±13.90
Hayır	20.56±11.69	56.09±10.12	69.44±25.34
Test sonucu	Z=-1.132 p=0.258	Z=-0.300 p=0.764	Z=-1.169 p=0.242

U=Mann Whitney U testi KW= Kruskal Wallis Testi r=Spearman korelasyon testi

Tablo 19’da öğrencilerin aile ve sosyal çevresiyle ilişkileriyle ilgili özelliklerine göre yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeği puanları verilmiştir. Kişilerarası ilişkilerde zorluk çekenlerin çekmeyenlere; ailesinin tutumuna kızanların ve ailesinin yaklaşımını ilgisiz bulanların diğerlerine göre yeme tutum puanları önemli ölçüde yüksektir ($p<0.005$). Benlik kavramı puanlarının, kişilerarası ilişkilerde zorluk çekmeyenlerde, ailesinin tutumundan mutlu olanlarda ve aile yaklaşımını kararlarına saygılı ve sınır koymayan şeklinde belirtenlerde yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal karşılaştırma puanının ise kişilerarası ilişkilerde zorluk çekmeyenlerde ve ailesinin tutumuna kızanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 19. Öğrencilerin aile ve sosyal çevreyle ilişkileriyle ilgili özelliklerine göre yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeği puanları (n=953)

Aile ve sosyal çevre ile ilişkilere ilişkin özellikler	Yeme tutumu	Benlik kavramı	Sosyal karşılaştırma
	Ort±Sd	Ort±Sd	Ort±Sd
Kişilerarası ilişkilerinde güçlük çekme durumu			
Güçlük Çekmeyen	19.68±11.40	58.81±9.09	71.06±26.50
Güçlük Çeken	22.30±12.04	50.97±10.01	66.60±22.66
Test sonucu	Z=4.138 p=0.001	Z=-11.205 p=0.001	Z=-3.611 p=0.001
Aile tutumundan etkilenme durumu			
Sıkılan	21.66±9.26	48.88±10.10	70.33±20.14
Mutlu olan	20.02±11.54	60.12±8.54	72.05±25.99
Kızan	27.22±16.79	46.16±10.58	75.80±17.02
Değişiyor	20.57±11.55	53.57±9.85	66.42±25.36
Test sonucu	KW=10.285, p=0.016	KW=143.465, p=0.001	KW=14.832, p=0,002
Ailenin yaklaşımı			
İlgisiz	29.09±15.13	46.96±9.86	71.03±20.18
Hiç sınır koymayan	24.50±13.94	57.04±7.93	72.27±24.92
Suçlayıcı davranan	20.82±11.28	43.34±8.19	68.39±25.26
Aşırı koruyucu davranan	19.24±8.24	53.18±9.88	64.03±24.07
Kararlarına saygılı	19.51±10.83	59.72±8.43	70.62±26.42
Sürekli eleştirel yaklaşan	21.90±10.69	50.92±10.74	68.13±23.85
Kararlarına saygısız	25.48±16.28	51.51±11.20	75.06±23.45
Diğer	21.71±16.41	54.89±9.55	71.74±24.55
Test sonucu	KW=30.475, p=0,001	KW=157.604, p=0.001	KW=14.077, p=0.050

*U=Mann Whitney-U testi **KW=Kruskal Walls testi

Tablo 20’de öğrencilerin beslenme ile ilgili özelliklerine göre yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeği puanları görülmektedir. Diyet yapanların, düzenli kahvaltı, öğle ve akşam yemeği yemeyenlerin yeme tutum puanları diğerlerinden yüksek, aynı grupların benlik kavramı puanlarının ise düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Düzenli akşam yemeği yiyenlerin sosyal karşılaştırma puanları da yüksektir. Öğün sayısı iki olanların yeme tutum puanları 3, 4 ve 5 öğün yiyenlerden yüksektir ($p<0.01$). 6 ve daha fazla öğün yiyenlerin ise sosyal karşılaştırma puanları 2 ve 4 öğün yiyenlerden yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 20. Öğrencilerin beslenmeye ilgili özelliklerine göre yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeği puanları (n=953)

Beslenmeye ilgili özellikler	Yeme tutumu	Benlik kavramı	Sosyal karşılaştırma
	Ort±Sd	Ort±Sd	Ort±Sd
Bugüne kadar diyet yapma durumu			
Diyet yapan	25.69±14.19	54.01±10.34	69.52±25.88
Diyet yapmayan	19.08±10.38	56.69±10.	69.51±25.16
Test sonucu	Z=-7.791,p=0.001	Z=3.513,p=0.001	Z=0.080,p=0.936
Düzenli kahvaltı yapma alışkanlığı			
Var	19.42±10.23	57.66±9.88	69.78±25.93
Yok	22.14±13.23	53.99±10.10	69.17±24.50
Test sonucu	Z=3.201,p=0.001	Z=-5.654,p=0.001	Z=-0.647,p=0.518
Düzenli öğle yemeği yeme alışkanlığı			
Var	19.26±10.15	57.80±9.65	69.99±26.05
Yok	22.91±13.68	53.08±10.27	68.68±23.98
Test sonucu	Z=4.162,p=0.001	Z=-6.770,p=0.001	Z=-1.323,p=0.186
Düzenli akşam yemeği yeme alışkanlığı			
Var	20.07±11.14	56.83±9.99	70.50±25.52
Yok	23.24±13.87	52.29±10.05	64.56±23.72
Test sonucu	Z=3.009, p=0.003	Z=-5.281, p=0.001	Z=-3.230, p=0.001
Günlük öğün sayısı (ana ve ara öğünler dahil)			
Bir	18.25±7.72	55.91±10.64	72.83±21.25
İki	24.10±12.85	53.73±9.98	66.28±22.35
Üç	19.98±11.33	56.45±9.76	69.63±24.59
Dört	19.91±9.98	56.33±10.76	67.89±26.68
Beş	19.45±13.43	57.15±9.41	71.53±26.91
Altı ve üzeri	22.49±13.33	56.41±9.94	78.69±21.58
Değişiyor	20.76±12.72	54.62±10.39	68.04±26.98
Test sonucu	KW=19.349 p=0.004	KW=9.249 p=0.160	KW=14.573 p=0.024

Tablo 21’de öğrencilerin vücut ağırlığına ilişkin düşünce ve tutumlarına göre yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeği puanları görülmektedir. Kilosunu normal bulanların YTT puanı kilosunu fazla bulanlardan daha yüksektir iken, benlik kavramı puanları düşüktür($p<0.05$). Kilosunu her gün kontrol edenlerin YTT puanı da ayda bir veya rastgele kontrol edenlerden yüksektir($p<0.05$). Ayrıca kilo aldığında diyet yapanların YTT puanı da abur cubur yemeyenlere, spor yapanlara ve farklı uygulamaları deneyenlere göre yüksektir($p<0.05$). Kilo alınca yapılan uygulamalar benlik kavramı puanını da etkilemektedir. Bu puan en yüksek olarak spor yapanlarda, en düşük ise iştah kesici ilaç kullananlarda bulunmuş olup grupların hemen hepsi birbirinden farklıdır. Sosyal karşılaştırma puanı en yüksek grup ise iştah kesici ilaç kullananlar ve spor yapanlar olup diğer üç gruptan farklıdır ($p<0.05$). Diğer değişkenlerle her üç puan arasında önemli bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 21. Öğrencilerin vücut ağırlığına ilişkin düşünce ve tutumlarına göre yeme tutumu, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçeği puanları (n=953)

Kilo durumuna ilişkin düşünce ve tutumlar	Yeme tutumu	Benlik kavramı	Sosyal karşılaştırma
	Ort±Sd	Ort±Sd	Ort±Sd
Kilosunu algılama durumu			
Normal(552)	23.02±12.76	50.09±9.53	69.84±26.59
Fazla (401)	18.83±10.52	53.30±10.17	69.06±23.47
Test sonucu	t=5.538, p=0.001	t=-7.403, p=0.001	t=0.471, p=0.638
Kiloyu kontrol etme sıklığı			
Her gün	25.98±13.76	54.34±9.90	70.32±23.90
Haftada bir	23.66±14.22	55.58±11.14	69.25±27.61
15 günde bir	20.67±11.56	56.86±9.28	71.80±22.96
Ayda bir	19.57±10.97	56.73±10.03	67.75±26.33
Diğer	19.91±10.88	55.37±10.18	71.20±23.88
Test sonucu	KW=21.490, p=0.001	KW=5.798, p=0.215	KW=2.980, p=0.561
Kilo aldığında yaptıkları			
Abur cubur yemeyen	19.68±9.18	56.69±9.34	67.60±24.46
Diyet yapan	26.68±14.26	54.37±10.17	67.55±27.23
İştah kesici ilaç kullanan	24.83±12.41	47.83±9.96	76.50±28.16
Öğün atlayan	22.00±14.42	51.29±9.86	67.29±22.55
Spor yapan	19.73±11.34	58.05±10.34	73.33±26.25
Diğer	19.03±11.08	55.51±10.04	68.18±24.36
Test sonucu	KW=45.440, p=0.001	KW=36.008, p=0.001	KW=13.636, p=0.018

5. TARTIŞMA

Adolesan dönemi, gençlerin pek çok nitelik ve alışkanlık kazandığı, diğer yandan da çeşitli sorunlarla yüzleştiği, sağlığı riske sokacak davranışların sergilendiği bir süreçtir. Genellikle arkadaşları tarafından önerilen veya medyanın etkisi ile hekime danışılmadan başlanan, sağlığı olumsuz yönde etkileyen uygunsuz diyet uygulamaları bunlardan bir tanesidir [2,10,15,16]. Adolesanlarda uygunsuz diyet alışkanlıkları ciddi boyutlara ulaşarak ölümle bile sonuçlanmaktadır. Yeme bozukluklarının adolesanlarda, cinsiyet olarak çoğunlukla genç kızlarda görüldüğü, ciddi duygusal ve fiziksel problemlere yol açtığı ve prevelansının da son yıllarda belirgin bir şekilde arttığı saptandığından önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınması gündeme gelmiştir[13,17-20-22]. Yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında biyolojik, psikolojik, kültürel faktörlerin etkisinin yanında, düşük benlik saygısının da rol oynadığı bilinmektedir. Bu çalışmada Bursa il merkezinde farklı eğitim gören orta öğretim öğrencileri arasında yeme davranışı bozukluğu risklerini belirlemek amaçlanmıştır.

Adolesan dönemde yeme bozukluklarının erken dönemde teşhis edilmesi prognozu etkilemektedir. Böylelikle tedaviye erken başlanması multi organ yetmezliklerine kadar giden tablonun seyrini değiştirebilmektedir. Erken teşhis edilmesi için kolaylık sağlayacak periyodik ergen izlemlerinin düzenli yapılması önemlidir. Ergenlik dönemindeki en önemli değişimlerden bir tanesi bedende meydana gelen değişimlerdir. Bu değişimler gözle görülebildiği gibi kolay ve ucuz değerlendirme yöntemleriyle de belirlenebilmektedir. Bunlar adolesanın boyunun ölçülmesi, ağırlığının saptanması, bel/kalça çevresi oranı ve BKİ'nin değerlendirilmesi gibi uygulamalardır.

Bizim çalışmamızda da adolesanların değerlendirilmesinde BKİ değerlerine bakılmış olup ortalamaları $21,14 \pm 3,43$ bulunmuştur (Tablo 4). Bu değer TBSA'nda 15-18 yaş grubu kızlarda $21,9 \pm 4,7$, erkeklerde $22,2 \pm 3,7$ kg/m^2 bulunmuş olup oldukça yakındır. Araştırmamızda yaşa ve cinsiyete göre BKİ değerlendirmesi yapıldığında öğrencilerin %3.3'ü obez, %12.6'sı fazla kilolu olarak bulunmuştur (Tablo 4). Çeşitli araştırmalarda obezite oranı %4.1-8.2, fazla kiloluluk oranı ise %8.8-14.3 arasında tespit edilmiştir [90, 101, 204-207]. Araştırmamızdaki öğrencilerin %2,7' sinin zayıf olduğu görülmekte olup, bu oranın değişik araştırmalarda %3.1 ile %6.5 arasında değiştiği gösterilmiştir [26,150,165,171,172]. Türkiye genelinde ise zayıflık tüm bölgelerde %9.5 ile %20.3 arasında bir dağılım göstermektedir (101). Kutlu ve arkadaşlarının (2009) Konya'da özel bir ilköğretim okulunda

7-14 yaş grubu çocuklarda yapmış oldukları bir çalışmada, 14 yaşındaki kızların %13.3'ünün zayıf, 7 yaşındaki erkeklerin %33.3'ünün fazla kilolu ve 10 yaşındaki erkeklerin de %20.0'sinin obez olduğunu tespit etmiştir. Aynı çalışmaların sonucunda obezitenin erkeklerde, zayıflığın ise kızlarda daha fazla olduğu saptanmıştır[205]. Bu sonuçlar, bizim çalışmamızdaki sonuçlardan yüksek olmakla birlikte kilonun çocuklar ve adolesanlar için bir sorun olduğu gerçeğini de yansıtmaktadır [100,101,107].

Öğrencilerin kilosunu algılama durumlarının incelendiği Tablo 8'de %42.1'inin kendisini kilolu olarak ifade ettiği saptanmıştır. Öğrencilerin BKİ değerlendirmeleri ile kilolarını algılama durumlarının incelenmesi sonucunda zayıf olanların yarısının, normal olanların ise % 35.4'ünün kendini fazla kilolu bulduğu, kiloluların %26.7'sinin ve şişmanların %19.4'ünün kendini normal olarak ifade ettiği, yani kilosunu algılamada problem yaşadığı görülmüştür (Tablo 9, $p<0.05$). Aytaş ve ark. tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuçların olduğu görülmektedir [246].

Yapılan bazı araştırmalar çalışmalar yeme bozukluğu ve BKİ arasında ilişki olduğunu gösterirken[134,139,245], ilişki olmadığını gösteren çalışmada bulunmaktadır[29]. Bizim çalışmamızda yeme bozukluğu oranı %12.3 olarak tespit edilmiş olup en yüksek oran şişmanlardadır ancak gruplar arasında önemli farklılık yoktur. Diğer araştırmalarda lise öğrencilerinde yeme bozukluğu oranlarının %2.33 ile %11.5 arasında değiştiği gösterilmiştir[21,22,26,28-31]. Bu değerlerin bir kısmı çalışmamızla paralellik göstermektedir. Çalışmamızda yapılan korelasyon analizinde BKİ değeri ile yeme tutum puanının zayıf pozitif yönde ilişki gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Öğrencilerin BKİ değerlendirmesi ile benlik kavramı durumları arasında da anlamlı ilişki bulunmamış olup %14.4'ünün benlik kavramının olumsuz olduğu saptanmıştır. BKİ artıkça beden memnuniyetsizliğinin artarak yeme bozukluklarını tetiklediğini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır[134,139,245]. Öğrencilerin BKİ değerlendirmesine göre (Tablo 15) benlik kavram alt boyut puanları arasında da anlamlı farklılık saptanmamıştır. Oktan ve Şahin'in ergen kızlarda BKİ artıkça benlik saygısının azaldığı saptamışlardır. Bizim çalışmamızda BKİ ile benlik saygısı arasında ilişki olduğunu gösteren bir veriye ulaşılmamış olup, BKİ artıkça benlik saygısının azaldığını ortaya koyan araştırmaları desteklememektedir [261]. Bunun nedeninin, bizim çalışmamıza katılan ergenlerin beden algıları ile ilgili hoşnutsuzluklarının patolojik boyutta olmadığı şeklinde düşünülebilir. Bedenlerinde gerçekleşen değişimleri kabul etmiş ve normal bir gerçeklik olarak uyum sağlamış olabilirler.

Çünkü kilosu normal ve zayıf olanlar kendilerini şişman algılayarak kilo vermek istediklerini belirtmişlerdir ki bu da yeme bozukluklarını başlatan bir tetikleyici olarak düşünülebilir.

Adolesan dönemdeki yanlış beslenme alışkanlıkları ileri yaşlardaki sağlık düzeyini de etkilemekte ve kronik hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Kronik hastalıklar açısından önemli risk göstergelerinden birisi de fazla yağın vücudun neresinde toplandığıdır. Bunu saptamak için pratik olarak bel/kalça çevresi oranı kullanılmaktadır. Bu oranın erkeklerde <1 , kadınlarda < 0.8 olması önerilmektedir[101]. Çalışmamızda kız ve erkek öğrencilerin bel/kalça oranı (BKO) $0,78\pm 0,16$ olarak tespit edilmiştir. TBSA'na göre, 15-18 yaş gruplarında kızlar için 0.76 ± 0.78 ve erkekler için $0,82\pm 0,85$ olduğu ve çalışmamızla da benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Çeşitli araştırmalarda kızların %92.5'inin bel/kalça oranı 0.8'in altında iken %7.5'inin ise 0.8 ve üzerinde olduğu bulunmuştur [101,208]. Vücut yağlarının bazı çocuklar için risk oluşturduğu anlaşılmaktadır. BKO ile YTT puanı ve benlik kavramı arasında zayıf negatif korelasyon, sosyal karşılaştırma puanı ile arasında zayıf pozitif korelasyon saptanmıştır. BKO arttıkça ortaya çıkan tablo, kişilerin beslenmesinin bozulmasıyla birlikte benlik saygısının da düştüğünü ortaya koymaktadır. BKO arttıkça kişi kendi bedenini daha gelişmiş gördüğü için kendisini daha kötü hissediyor olabilir.

Çalışmamızdaki öğrencilerin %65.4'ünün ailelerinde şişman birey vardır. Kılınc ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada bu oran %53.9'dur [208]. Araştırmalar, anne ve babası normal kiloda olanların %10'unun, bir ebeveyni şişman olanların %40'ının, iki ebeveyni şişman olanların ise %80'inin şişman bir yetişkin olabileceğini göstermektedir [90]. Bu yüzden ailede şişman birey olması çocuklarda obezite tehlikesinin göstergesi olarak değerlendirilebilir. Bizim çalışmamızda ailesinde şişman kişi olanların YTT puanının yükseldiği, benlik algısı puanının ise düştüğü belirlenmiştir (Tablo 13).

Türkiye genelinde yaşla birlikte egzersiz yapma oranının düştüğü ve 12-14 yaş grubunun %56.2'sinin, 15-18 yaş grubunun %57.8'sinin hiç egzersiz yapmadığı gözlenmektedir [101]. Çalışmamızda öğrencilerin (Tablo 5) %35.6'sının düzenli egzersiz yaptığı, %22,6'sının egzersiz yapmadığı ve %41,9'unun da bazen yaptığı tespit edilmiştir. Yapılan iki araştırmada düzenli egzersiz yapan öğrencilerin %49.7 ile %55 olduğu tespit edilmiştir [210, 211]. Sancak ve ark. yapmış oldukları çalışmada obez olanların fiziksel aktiviteyi daha az yaptıklarını bulmuşlardır. Bu da hareket azlığının obeziteye yol açığının bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir[204]. Adolesanların sağlıklı yaşam sürebilmesi için önerilen fiziksel aktivite, terlemenin arttığı ve solunumun zorlaştığı egzersizler veya haftada 3

gün 30 dk yürüme ile başlanan ve 4 hafta sonra haftada 5 veya daha fazla gün 45-60 dk'ya çıkarılarak yapılan fiziksel aktivitedir[56]. Bu özellikte fiziksel aktivite yapmayanlar düzenli egzersiz yapıyor olarak değerlendirilmemektedir. Bizim çalışmamızda fiziksel aktivite yapanların egzersiz süre ortalamasının haftada 234,59±184,91 dakika olduğu ve yeterli süre yaptıkları bulunmuştur. Fiziksel aktivite ile YTT puanı arasında ilişki saptanmamıştır ancak fiziksel aktivite yapanlarda benlik kavramının ve sosyal karşılaştırma ölçek puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonucun fiziksel aktivite yapan çocukların kendilerini daha iyi algıladıkları ve çevresinin de kendilerini olumlu hissettirdiğini düşündürmektedir. Çocukların kendine güvenlerini kazanmalarını ve sosyal olmalarını istiyorsak spora yönlendirmenin böyle bir katkısı olduğunu çalışmamıza bakarak söyleyebiliriz. Düzenli fiziksel aktivite alışkanlığının olması bireysel sağlığımızın korunması ve ileride karşılaşılabilecek sağlık tehditlerinin azaltılması açısından oldukça önemlidir. Bu yüzden fiziksel aktiviteyi alışkanlık haline dönüştürmek için okullarda yeni düzenlemeler yapılarak çocuklara bu alışkanlık kazandırılmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü 57. Dünya Sağlık Asamblesinde “Diyet, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Üzerine Global Stratejileri” belirlemiş olup bütün dünyayı tehdit eden beslenmeye bağlı sorunların çözümünde fiziksel aktivitenin sağlığın korumasında önemli olduğunu ve kullanılması gerektiğini ifade edilmiştir [212].

Çalışmamızda öğrencilerin %7.0'sinin sürekli, %6.9'unun da bazen besin takviyesi aldığı saptanmıştır(Tablo 5). Alınan besin takviyesinin en çok vitamin (%23.9) daha sonra balık yağı (%11.9) ve kan ilacı (%9.0) olduğu saptanmıştır. Ayrıca besin takviyesi aldığı ifade eden fakat hangi tür besin takviyesi aldığını cevapsız bırakan öğrencilerin oranı %37.3 olup bu değer de önemsenmesi gereken bir sonuçtur. Çünkü bu öğrenciler ya ismini bilmedikleri ya da isminin bilinmesini istemedikleri besin takviyelerini bilinçsiz şekilde kullanıyor olabilirler. Bu yüzden sağlıklarını bozan ek besin kullanıyor olabilecekleri konusunda uyarılmaları ve muhtemelen eğitilmeleri gereklidir. Türkiye genelinde 15-18 yaş çocuklarda son bir hafta içinde besin desteği kullananların % 0.8. olduğu, en sık vitamin, mineral, omega-3 yağ asitlerinin kullanıldığı görülmüştür [101]. Çeşitli araştırmalarda proteinlerin ve bitkisel ürün takviyelerinin kullanıldığı da saptanmış olmakla birlikte kullanılan çoğu ürünün reçetesiz olduğu tespit edilmiştir [214,213,216]. Darvishi araştırmasında ek takviyelerin uygun olmayan bilgilere dayanılarak kullanıldığını tespit etmiştir [215]. Ayrıca çalışmalar ek olarak kullanılan bazı maddelerin önemli yan etkileri olduğunu da ifade etmişlerdir. Örneğin, steroidlerin psikolojik olarak depresyon, saldırganlık,

uyku bozuklukları, paranoya ve benzeri tabloları ortaya çıkardığını ve fizyolojik olarak ise kalp krizi riski, yüksek tansiyon ve özellikle bayanlarda üreme sisteminde infertilite, ses kalınlaşması, yüz ve vücutta kıllanmada artış yaptığı belirtilmektedir [217]. Ek bitkisel gıda takviyeleri ve bitki kökenli maddelerin etkin dozları, metabolizmaları ve etkileşimleri hakkında yeterli bilgiler yoktur. Bu yüzden bu tarz ek takviye alımlarında dikkatli olunmalıdır. Örneğin; diyet takviyesi olarak n-3 yağ asitlerinin alımının >3 g/d fazla olmasına bağlı barsak rahatsızlıklarının arttırdığı, bulantı şikayetlerinin olduğu, kötüleşen hiperglisemi tablosuna neden olduğu, kardiyovasküler hastalık risklerinin arttırabileceği ifade edilmektedir [218]. Ayrıca bazı balıkların (ton, köpekbalığı gibi) çevresel kontaminantlar (metil, civa vb) içermesi nedeniyle bu balıklardan yapılan ek besinlerin risk oluşturabileceği belirtilmektedir [219]. Bu durumlara ek olarak besin takviyesi üreten firmaların sattıkları ürünlerin etkisini kanıtlamak zorunda olmaması, yan etkilerinin bilinmesine rağmen saklanması ve bazı besin takviyelerinde enfekte edici etkenlere rastlanması bu tür takviye besinleri kullananlar için risk oluşturabilmektedir [220]. Bu yüzden bilinçsiz kullanımının önüne geçilmelidir. Bizim çalışmamızda besin takviyesi alanların benlik kavram puanlarının almayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 5, $p<0.05$). Bu kişiler besin takviyesi olarak şu anda var olan durumlarının daha iyi olacağını düşünmekte olabilirler.

Çalışmamızdaki öğrencilerin %38.7'si çok geç saatte uykuya (24:00) yatmakta ve ortalama $7,52\pm 1,35$ uyumaktadır (Tablo 5). TOÇBİ araştırmasına göre ortalama uyku süresi erkekler için 9.65 ± 1.15 , kızlar için 9.67 ± 1.23 saat olarak bulunmuştur [90]. Bizim çalışmamızdaki öğrenciler daha geç saatte yatmakta ve daha az uyumaktadır. Uykuya yatış saati ile YTT puanı, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma puanları arasında da pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır (Tablo 18). Bu ilişki uykuya dalış saati ne kadar geç olursa YTT puanının o kadar düştüğünü göstermekte olup bu sonucu destekleyen bir araştırma bulunamamıştır. Fakat burada uykuya yatış saati kadar kalitesinin de önemli olduğu sonucuna da dikkat etmek gerekir. Çalışmamızda uyku kalitesi bozuk olanlarında YTT puanının yükseldiği görülmüştür ancak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durum duygulanım, dinlenme, beslenme, stres faktörleri, bilgisayar ve televizyona ayrılan vakit, aile içi etkileşim gibi birçok faktörden kaynaklanabilmektedir. Rahat uyuyan çocukların benlik kavramı puanı diğerlerinden yüksek bulunmuştur (Tablo 18, $p<0.05$). Bülbül ve arkadaşları adolesanlarda yaptıkları çalışmada gece uyuma saati ile okul başarısı arasındaki ilişkiyi incelenmiş ve saat 22-23 arasında uyuyanların okul başarılarının daha geç uyuyanlara göre anlamlı olarak

yüksek olduğunu bulmuşlardır. Yine okul başarısı iyi olanların düzenli olarak spor yaptığı, daha az uyku sorunu yaşadığı görülmüş ve sigara kullanan öğrencilerin kullanmayanlara göre daha fazla uyku sorunu yaşadığını saptamışlardır [221].

Çalışmamızda sigara kullanımı (Tablo 5) oranı %10.4 olarak tespit edilmiş olup içilen sigara miktarı $9,66 \pm 6,22$ adet olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda lise öğrencilerinde sigara içme oranı %6.2-%38.0 bulunmuştur [210,222,223]. Ülkemizde DSÖ(2008) verilerine göre 13-15 yaşları arasında sigara içme oranı erkeklerde %11.1, kızlarda %4.4 olarak belirtilmiştir [226]. Türkiye’de 15 yaş ve üstü sigara içme oranı 2008 yılında %31.3 iken 2013 yılında % 27’e düşmüştür. TÜİK (2013) verilerine göre sigara içme erkeklerde %6.5 kadınlarda %2.1 oranında azalarak erkeklerde % 47.9’dan %41.4’e, kadınlarda % 15.2’den %13.1’e düşmüştür[227]. Sigarayla ilgili üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalar öğrencilerin çoğunluğunun bu alışkanlığı üniversite öncesinde kazandığı sonucuna ulaşılmıştır [228,229]. Yapılan çalışmalar lise öğrencilerinin bölgesel farklılıklar olmakla birlikte, dikkat çekecek oranlarda sigara kullandığını göstermektedir[210,222,223,228,229]. Küçük yaşlarda sigara ile karşılaşılması ve alışkanlık kazanmış olunması önlenebilir ölüm nedenlerinden sayılan sigaraya bağlı ölümlerin hala devam edeceğinin bir göstergesi gibi düşünülebilir. Her yıl ikinci el sigara dumanına maruz kalıp 600.000’den fazla olmak üzere yaklaşık 6 milyon insanın sigara dumanıyla öldüğü dünyamızda, bu ölümlerin yaklaşık %80’i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmekte ve 2030 yılında yaklaşık 8 milyon insanın öleceği tahmin edilmektedir [227]. Bu yüzden çocukların bu konularda eğitilmesi oldukça önemli olup rol modeli olarak aileler, öğretmenler ve sosyal çevresindeki bireylerin olumlu sağlık davranışı gösterir durumda olması sağlanmalıdır. Ayrıca satış yapan yerlerin denetiminin daha sık yapılması ve cezai uygulamaların ağırlaştırılmasının bu yaş grubuna sigara satılmasının önüne geçilmede katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda sigara içen öğrencilerin yeme tutum puanları daha yüksek olmakla birlikte içmeyenlere göre istatistiksel bir fark göstermemektedir. Buna karşın sigara içen öğrencilerin benlik kavramı puanları içmeyenlere göre önemli ölçüde düşüktür (Tablo 18, $p < 0.05$). Belki de bu kişiler kendilerini kötü hissettikleri için sigara kullanıyor olabilirler.

Çalışmamızda alkol kullanım oranı %7.9 oranında olup (Tablo 18), çeşitli araştırmalarda lise öğrencilerinde alkol kullanım oranları %10.0-%39.6 olarak bulunmuş olup içilen miktar günlük, haftalık veya kadeh olarak farklılık göstermektedir[222,224,225, 230]. Alkol yılda 3.3 milyon insanın ölümüne yol açmakta olup 60 farklı hastalığın oluşmasında nedenlerden biri

olarak gösterilmektedir. 2010 yılında dünya çapında toplam tüketimin kişi başına 15 yaş ve üzeri için 6.2 litre saf alkol olduğu tespit edilmiştir [231]. WHO'ya göre Türkiye'de 18 yaş ve üzeri 11.152 kişinin (%18.9) alkol kullandığı bulunmuştur[232]. Yeme bozukluğu ve madde kullanımı üzerine yapılmış çalışmalardan birinde alkol bağımlısı kadınlarda anoreksiya oranı %1.41, bulimiya oranı ise %6.17 olarak tespit edilmiş olup, alkol bağımlısı erkeklerde bulimiyanın %1.35 oranında olduğu sonucuna ulaşılmıştır[30]. Bizim çalışmamızda alkol tüketme ile YTT, benlik kavramı ve sosyal ölçek puanları arasında ilişki bulunamamıştır (Tablo 18). Yapılan bazı çalışmalarda sigara ve alkol tüketimi ile yeme bozukluğu arasında ilişki bulunmuşken bazı araştırmalarda bu ilişkiye rastlanmamıştır[260,262].

Çalışmamızda öğrencilerin (Tablo 6) %34.9'unun kişilerarası ilişkilerinde güçlükle yaşadığı tespit edilmiştir. Kişilerarası ilişkilerinde güçlükle çekenlerin yeme tutum puanı (Tablo 18) yüksek olup, benlik kavram puanları ve sosyal karşılaştırma ölçek puanları düşüktür. Öğrenciler kişisel sorunlarında çoğunlukla annelerinden (%53.5), aynı cinsten arkadaştan (%41.4) destek aldıklarını belirtmişlerdir. Öğrenciler en çok sorunu hocalarıyla yaşamakta olup sorunlarının çözümünde öğretmenlerinden çok az (Tablo 6, %2.8) yardım aldıkları görülmektedir. Bu durum öğrenci ve öğretmen tutum ve davranışlarının karşılıklı olumsuz algılanmasından kaynaklanıyor olabilir. Eğitim kurumlarında böyle sıkıntıların yaşanması okul başarısını, okula devam durumunu ve okullara uyum zorluğunun ortaya çıkmasını yada var ise sorunun büyümesine katkısı olabilir. Bu durumları düzeltmek içinde hem öğrencilere hem de öğretmenlere seminerler ve dersler vasıtasıyla olumlu iletişim yöntemlerini hakkında bilgiler verilebilir. Öğrenciler kişilerarası ilişkilerinde ikinci sırada aileleriyle sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Sorunlarının çözümünde en çok anneden yardım alındığı görülmektedir. Bu sonuçlar geleneksel aile yapımızdan kaynaklanıyor olabilir. Bizim toplumumuzda babaların otorite kaynağı olarak görülmesi, annelerin daha kolay ulaşılabilir olmasıyla sonuçlandırıldığı için böyle bir sonuç ortaya çıkmış olabilir. Burada önemli olan şey öğrencilerin gerçekte sorunlarına doğru kaynaklardan çözüm yolu bulup bulmamalarıdır. Bu sonuçlar aile ve arkadaş özelliklerinin kişinin gelişimde ne kadar önemli olduğunu ortaya koymakta olup kişisel güveni geliştirmede temel basamağın sağlıklı insan ilişkilerinin geliştirmesine dayalı olduğu düşünüldüğünde sosyal ilişkilere dair problemlerin kimler üzerinde yoğunlaştığını göstermektedir. Öğrencilerin çoğunluğu ailesinin tutumundan mutlu olduğunu ve ailesinin kendi kararlarına saygı duyduğunu ifade etmektedir Tanrıverdi ve ark. ailenin tutumu ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır ($p<0.01$) [30]. Olumsuz aile tutumlarına maruz

kalan öğrencilerin benlik saygıları daha düşüktür. Aldığı harçlığı yeterli bulan öğrenciler bulmayanlara oranla daha düşük benlik saygına sahiptirler. Tümkeya ve ark. tarafından yapılmış bir çalışmada otoriter-koruyucu anne-baba tutumu ile yetişen ergenlerin daha çok despot, bencil, direnç gösteren, yaratıcılıktan uzak, kuralcı, diğerlerine düşmanca davranan bireyler olduğu saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada her zaman uyumlu bir iletişim tarzı sergileyen anne-babalara sahip olan ergenlerin daha fazla besleyici (olumlu) ilişki tarzını gösterdikleri ifade edilmiştir [233]. Yıldız ve Erci'nin yapmış olduğu çalışmada adolesanlarda saldırganlığın anne baba tutumuyla ilişkili olduğu ortaya çıkarılmıştır. Anne baba tutumu otoriter ve ilgisiz olanlarda saldırganlığın arttığı görülmekte olup, demokratik tutum gösterenlerde azalmaktadır [234]. Adana ve Kutlu'nun yapmış oldukları çalışmalarında annelerin tutumu ile çocuğun kendilik kavramının gelişmesi arasında ilişki bulunmuş olup, annelerin sıkı disiplinli ve geçimsizlik puanları yükseldikçe çocukların kaygı ve mutluluk puanlarının düştüğünü tespit etmişlerdir[235]. Çeşitli araştırmalar anne baba tutumunun çocukların kendilik saygısını etkilediğini göstermektedir [223-236]. Çalışmamızda anne baba tutumunun YTT puanı, benlik kavramını ve sosyal karşılaştırma ölçek puanlarını etkilediği görülmektedir. Aile tutumuna kızanlarda YTT puanı ve sosyal karşılaştırma puanı diğerlerinden yüksek ($p<0.05$) ve benlik kavramı puanları en düşüktür ($p<0.05$). Bunun nedeni aile tutumunun kızan bir yapıda olmasının çocuğu dışarıya yönlendirmesi olabilir. Bu da çocuğun dışarıda daha fazla zaman geçirmesine yol açarak sosyal olarak kendisini daha iyi hissetmesini sağlamakta olabilir. Bu çocukların sosyalleşmesi doğru bir şekilde gerçekleşmediğinde olumsuz arkadaş gruplarıyla birlikteliği artırıp ailenin tepkisinin kısır döngü olarak devam etmesine neden olabilir. Bu durum çocuğun benlik saygısını da olumsuz etkileyebilir.

Çalışmamızdaki öğrencilerin (Tablo 7) %22.9'u diyet yaptığını ifade etmiştir. Başka bir çalışmada bu oran %27.6 olarak saptanmıştır[211]. Orsel ve ark (2004) yapmış oldukları çalışmalarında kızların %29.8'inin erkeklerin %8.3'ünün sık diyet yaptıkları, %29.8'inin daha zayıf olmak istediklerini saptamışlardır [69]. Bu yaş grubunda diyet yapmak olası sağlık sorunlarını da içinde barındırabilecek önemli bir konudur. Özellikle anoreksiya riski olan bireylerde ölümcül sonuçlar sağlıksız diyet ve beslenme davranışları ile ortaya çıkabilmektedir. Çalışmamıza katılan öğrencilerinden %15.9'unun kilolu ve şişman olduğu bulunmuştur (Tablo 4). BKİ'nin normal değerlerinin altı veya üstünde olmak sağlık açısından riskli olup, mutlaka sağlıklı diyet uygulamaları yapmaları konusunda desteklenmelidirler. Çalışmamızda diyet

yapanların YTT puanları yüksek ($p<0.05$), benlik kavram puanları düşük ($p<0.05$) ve sosyal karşılaştırma puanları çok az yüksek bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuçlara göre, diyet yapanlar yeme bozuklukları için dikkatli olunması gerekli öğrenci popülasyonunu oluşturuyor gibi düşünülmeli ve beslenmeleri izlenmelidir.

Düzenli kahvaltı etmek iyi beslenmenin önemli dönemeçlerinden birisidir. Günün belki de en önemli öğününün atlanması beslenmeyi temelden bozacak ve düzenli bir beslenmeyi çok güçleştirecektir. Öğünlerin kayması dolayısı ile akşam öğününün geç olması ve abur cubur yemeye yönelmeye sebep olacaktır. Çalışmamıza katılanlardan %43.1'i sabah düzenli kahvaltı etme alışkanlığına sahip değildir. Bu oran çeşitli araştırmalarda %34.0 ile %50 arasında tespit edilmiş olup, Türkiye genelinde 12 yaş üzeri için %14.2'dir [30,90,101,208, 211, 237,238.]. Bu sonuçlar genel popülasyonda kahvaltı yapmama oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Sabah kahvaltısına verilen önem ailenin düzenli ve dengeli beslenme istekliliğinin de bize göre bir göstergesidir. Sabah kahvaltısının az yapılıyor olmasının sebebi öğrencilerin çok erken kalkıp okula gitmek zorunda olması ve özellikle annelerin çok erken kalkıp kahvaltı hazırlamaya isteksiz olması olabilir. DeJong ve ark 12-15 yaş ergenlerde yapmış olduğu çalışmasında sabah kahvaltı yapmayı etkileyen faktörler olarak çocuğun tutumu (kendi kendine karar verme) aile ve arkadaş çevresinin kahvaltı yapma tutumu, kahvaltı ile ilgili ebeveyn kuralları ve fiziki durumların etkili olduğunu saptamışlardır. Bu yüzden öğün alışkanlığın kazandırılmasında annelerin bilinçlendirilmesi ve olumlu aile davranışlarının sergilenmesi önemlidir [239].

Bizim çalışmamızda öğle yemeğinin atlanma oran %36,5'tir. Türkiye genelinde ise bu oran %17.8'dir [90]. Öğle yemeği yemeyenlerin YTT puanları yüksek (Tablo 20, $p<0.05$) benlik kavramları düşük ($p<0.05$) ve sosyal karşılaştırma puanları düşük ($0.05< p$) bulunmuştur. Bu kişilerin kilo kontrolü için öğün atlayan kişiler olduğu düşünülebilir.

Akşam yemeğini atlayanların oranı Türkiye genelinde %5.1 olduğu saptanmış olup bizim çalışmamızda bu oran %16,6'dür[90]. Başka bir araştırmada bu oran %5.1'dir [205].Bu sonuçlar en çok akşam öğününün alışkanlık olduğunu göstermektedir. Düzenli yeme alışkanlığı olanların yeme tutum puanları düşük ve benlik kavram puanları yüksek bulunmuştur (Tablo 20, $p<0.05$). Bu sonuçlar aileleriyle birlikte düzenli yeme alışkanlığının çocuklarda olumlu etkilerinin olduğunu göstermektedir. Beklendiği üzere ara öğün yeme alışkanlığı da öğrencilerimizde hayli düşük oranda bulunmuştur. Çalışmamız göstermektedir ki; araştırmanın yapıldığı okullarda sağlıklı beslenme konusunda eğitim ve motivasyon sağlayacak rehberlik çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Öğrencilerin kilo durumuna ilişkin düşünce ve tutumları (Tablo 8) incelendiğinde kilosunun normal olduğunu düşünen öğrenci oranı % 57.9 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin çoğu(%42.7) ayda bir kilo ölçümü yapmaktadır. Çalışmamızda kilosunu hergün kontrol edenlerin YTT puanları yüksek (Tablo 21, $p<0.05$) bulunmuştur. Bu kişilerin benlik kavram puanlarının düşük ve sosyal karşılaştırma puanlarının yüksek bulunmasına rağmen ilişki saptanmamıştır (Tablo 21, $p>0.05$). Çalışmamızda kilo aldığını düşünenlerin %30.1'inin spor yaptığı; %23.4'ünün abur cubur yememekten uzak durduğunu ifade ettikleri saptanmıştır. Kilo aldığını düşünenlerin yaptıklarına bakıldığında diyet yapanların ve iştah kesici ilaç kullananların YTT puanlarının yüksek olduğu(Tablo 21, $p<0.05$), yine iştah kesici ilaç kullananlarda benlik kavramı puanının düşük, sosyal karşılaştırma ölçek puanlarının ise yüksek olduğu saptanmıştır($p<0.05$).

Çeşitli araştırmalar, kilo aldıklarını düşünenlerin kilo vermek için daha fazla egzersiz yaptığını ve kadınların daha sık vücut ağırlığı azaltma metotlarını kullandığını ortaya koymuştur [240-242]. Onay ve Onarıcı'nın yapmış oldukları çalışmalarda kilo vermek ve kilosunu korumak için hem bayanların hem de erkeklerin, normal kiloda olsalar bile aç kaldığı ya da kusmaya çalıştıkları gösterilmiştir. Bu çalışmalarda erkeklerin egzersiz yapma ve bir uzmana danışma yoluyla kilo vermeye çalışma oranları bayarlardan daha yüksek olduğunu saptanmıştır [242,243].Kjelsas ve ark(2004)'nın yapmış oldukları çalışmada, erkeklerin %17.5'inin, kızların%27.1'inin kilo almak korkusuyla yemeklerden sonra aşırı egzersiz yaptıkları tespit edilmiştir[244]. Özmen ve arkadaşlarının çalışmasında da yeme sonrası kusma (%1.7) ve müşil kullanmanın (%1.4) kilo kontrolü için kullanıldığı saptanmıştır[245].Özgen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada öğrencilerin müşil kullandıkları tespit edilmiş olup şişmanların düşüncesinin bir sonucu olarak ilaç kullanımının oluşabileceğinden söz edilmektedir [240]. Bizim çalışmamızda da öğrencilerin öğün atlama ve ilaç kullanma gibi tehlikeli yöntemlere de başvurabilecekleri saptanmıştır. Bu sonuçlar bu yaş grubunda kilo vermek veya kilolarını korumak için tercih edilen yolların kişi sağlığını bozacak şekilde uygulamaları da yapabileceğini gösterdiği için gerekli eğitimler yapılarak yanlış kilo verme yöntemlerinin önüne geçilmeye çalışılmalıdır.

Öğrencilerin ifadelerine göre; aile bireylerinde zayıf olmaya dikkat eden bireylerin %39.2'inin anne ve %23.8'inin kız kardeşler olduğu tespit edilmiş olup, aile içindeki cinsiyet olarak kızların erkeklerden daha fazla oranda zayıf olmak istediği saptanmıştır(Tablo 8). Araştırmamızın sonuçları literatürlerde yer alan kızların erkeklerden daha fazla zayıflamak

istediği şeklindeki bulguları desteklemektedir. Orsel ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmalarında ergen kızların erkeklerden daha fazla zayıf olmak istediklerini saptamışlardır [69]. Araştırmalar toplumsal alanlarda kadınların görüntülerine fazla önem verilmesinin kadınlarda kilolarına ilişkin daha fazla sıkıntı ve endişe yaşattığını ortaya koymuştur [73]. Bu sonuçlar günümüz toplumunda kadınların zayıflığı güzelliğin bir göstergesi olarak görmesinden kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Öğrencilerin okudukları okullara göre yeme tutum puanları, benlik kavramları ve sosyal karşılaştırma ölçek puanlarına (Tablo 11) bakıldığında okullar arasında fark olduğu görülmekte olup, yeme tutum puanının en yüksek Nilüfer Görükle Kız Teknik ve M. Lisesinde olduğu tespit edilmiştir. Böyle bir sonucun ortaya çıkması, bu okulda daha çok görsellik ile ilgili mesleki eğitim veriliyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Benlik kavram puanı Güzel sanatlar lisesi (58.91 ± 8.11) ve Sağlık meslek lisesi (58.56 ± 8.03) öğrencilerinde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Deniz ve Azer'nin mesleki müzik eğitimi alan ve almayan lise öğrencilerindeki benlik kavramı araştırmasında, müzik eğitimi alanların benlik kavramı puanlarının daha yüksek olduğunu saptanmıştır [253]. Bizim çalışmamızda da benlik kavramı puanı müzik eğitimi alan öğrencilerde daha yüksek olup benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda mesleki eğitim alan öğrencilerin mezun oldukları zaman meslek sahibi olmalarının mesleki kimlik gelişimini destekleyerek benlik kavramı puanlarını arttırdığı şeklinde yorumlanabilirse de Kız meslek Lisesi öğrencilerinin en düşük benlik kavramı puanına sahip olması böyle düşünülmesini engellemektedir. Benlik kavramı puanı ile SBS sınavındaki başarı arasında pozitif ilişki olduğunu gösteren çalışmalar olmasına rağmen [254], bizim çalışmamızda bu görüşü destekleyecek bir sonuç çıkmamıştır (Tablo 11). Çünkü SBS puanı en yüksek okul Fen ve Bursa Anadolu lisesi iken, burada okuyan öğrencilerin en düşük puanlarla girilen meslek lisesi öğrencilerinden daha düşük benlik kavramı puanı aldıkları görülmektedir. Altun ve yazıcının araştırmalarında da akademik başarı ile benlik kavramı puanı arasındaki pozitif ilişki destekleyen sonuç tespit edilmemiş olup en düşük benlik kavramı puanının Fen liselerinde olduğunu saptamışlardır [255]. Sosyal karşılaştırma ölçek puanı en yüksek Fen lisesinde okuyan öğrencilerin (Tablo 11, 83.76 ± 14.87) olduğu tespit edilmiş olup bu çocukların yüksek SBS puanları ve akademik başarılarının bir sonucu olarak ortaya çıkabileceği düşünülebilir.

Tablo 12'de yeme tutum, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma ölçek puanlarını etkileyen faktörler incelenmiştir. Sınıf düzeyinde yeme tutum puanı en yüksek 10. sınıflar olup sınıflar arasındaki fark anlamlıdır. Böyle bir sonucun ortaya çıkmasında yaş olarak bedensel

algılamada sıkıntılarının ve beğenilme beklentilerinin artmış olabileceğinden kaynaklanıyor olabilir. Benlik kavramı puanı ve sosyal karşılaştırma ölçek puanları en yüksek 9. sınıfta olup, başarılı bir sınav sonrasında kendisine güvenin oluşmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Okulunu isteyerek seçenlerde yeme tutum puanı düşük, benlik kavram puanı ve sosyal karşılaştırma puanları yüksek bulunmuş olup hedeflerine ulaşan öğrencilerde sağlığı olumsuz etkileyecek patolojik sonuçların daha az olduğu görülmektedir. Öğrencilerden kendilerini başarılı bulanlarda benlik kavram puanı yüksek bulunmuştur (Tablo 12, $p<0.05$).Yapılan bazı çalışmalar başarısı zayıf olanların sosyal ortamlardan uzaklaştığını ve sosyal fobi puanlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Türe'nin yapmış olduğu araştırmasında akademik başarısı yüksek olanlarda sosyal fobi puanı düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise başarı durumu ile sosyal karşılaştırma puanı ilişkili bulunmamıştır. Bu sonuçların bu şekilde ortaya çıkması Töre'nin araştırmasını üniversite öğrencilerinde yapmış olmasından ve yaş grubunun daha büyük olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir [256].

Çalışmamızda kızların erkeklerden daha yüksek yeme tutum puanı, daha düşük sosyal karşılaştırma puanı aldıkları saptanmıştır (Tablo 12, $p<0.05$). Eriş ve İkiz'in yapmış oldukları çalışmada ise erkeklerin benlik kavramı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır[250]. Ergenlik dönemi cinsiyet olarak kızların fiziksel görünümünün ön plana çıktığı beden imajının önemli olduğu bir süreç olması nedeniyle bu dönemde meydana gelen her değişim kız ergenlerin kendisine ait değerlendirmelerine olumlu veya olumsuz şekilde yansıtılabilmektedir.

Öğrencilerin yeme tutum, benlik kavramı ve sosyal karşılaştırma puanlarının memleketlerine göre değişmediği saptanmıştır. Bu sonuç şu anda yaşanan yerde ne kadar süredir yaşadığıyla da ilişkili olabilir.

Annenin ve babanın eğitim düzeyleri çocukların yeme tutum puanlarını etkilemiş olup, annesi okur-yazar olmayanların annesi lise ve üniversite mezunu olanlardan, babası ortaokul mezunu olanların babası lise ve üniversite mezunu olanlardan, yeme tutum puanlarının önemli ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 12, $p<0.05-0.001$) Annesi okur yazar olmayanların puanı ise diğerlerinden düşüktür. Sosyal karşılaştırma puanları annesi üniversite mezunu olanların ve parçalanmış ailede yaşayanların puanları da diğerlerinkinden yüksektir.

Araştırmamızda sağlık problemi olan çocukların YTT puanı yüksek, benlik algılama puanları düşük bulunmuştur(Tablo 18). Öğrencilerin sağlık probleminin olması, kendilerini başkalarıyla kıyasladığında yetersiz ya da farklı görmesine neden olarak benlik algılarını düşürmüş olup, yeme bozukluğunu tetiklemiş olabilir. Yapılan bazı çalışmalarda yeme

bozukluğu ile sağlık sorunun olup olmaması arasında gcl ilişkiler saptanmışken, bazılarında ise bu ilişkiyi destekler bir sonuca ulaşılammıştır [257,263,264.].Bizim çalışmamızda sağlık sorunun olması YTT puanını yükseltmiş olup, bu durumun ortaya çıkmasında etmen olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Eriş ve İkiz adolesanlarda yapmış oldukları araştırmada, ergenlerin benlik saygısı ile sosyal kaygı düzeyleri arasında negatif korelasyon olduğunu saptamışlardır [250]. Bizim çalışmamızda benlik kavramı puanı artıkça sosyal karşılaştırma puanının da arttığı ($p < 0.001$) tespit edilmiştir. Adolesanlarda benlik saygısının düşük olması, kişilerarası ilişkilerinde sıkıntı yaşamasına ve sosyal ortamlardan uzaklaşmalarına neden olmaktadır. Öğrencilerin benlik kavramını inceleyen bir çok araştırmada benlik algısının cinsiyete göre değiştini gösteren sonuçlara ulaşılmış olmasına rağmen cinsiyetin etkili olmadığını gösteren araştırmalar da bulunmaktadır [251, 252]. Bizim çalışmamızda da benlik kavramı puanı cinsiyetler arasında farklılık göstermekte olup erkeklerin daha yüksek benlik kavramı puanı aldıkları saptanmıştır. Bu verilere bakıldığında cinsiyetler arasında benlik kavramı farkı vardır diyen araştırmaları destekler bir sonuç ortaya çıkmıştır. Toplum olarak erkeklerin kendisini daha özgür ifade etmesi ve aile dışında daha fazla ortamlarda bulunuyor olması erkeklerin kendilerini daha iyi algılamalarına katkısı olabilir. Öğrencilerin sosyal karşılaştırma ölçeği puan ortalamasının (Tablo 17) $69,51 \pm 25,31$ olduğu, en düşük puanın dağınlık ($3,58 \pm 1,73$) ve en yüksek puanın boyun eğici ($4,19 \pm 1,95$) alt boyutundan aldıkları saptanmıştır. Adolesan dönemindeki değişimler hem benlik kavramını hem de sosyal algılamayı etkilediği için bu dönemde yaşanan olumsuzlukların adolesanın sosyal ilişkilerini ve gelecek yaşam perspektifini etkileyebileceği düşünölmektedir. Bu yüzden bu dönemdeki değişimlerin etkileri konusunda aile ve eğitim aldığı kurumlarda adolesana yaklaşımlara dikkat edilmelidir. Ayrıca adolesana bu dönem hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bursa ili merkezinde farklı eğitim gören orta öğretim öğrencilerinde yapılan bu çalışmada araştırmaya katılan 953 öğrencinin beden kitle indeksi(BKI) ortalaması $21,14 \pm 3,43$ olup, yaşa ve cinsiyete göre BKİ'leri değerlendirildiğinde % 12.6' sının kilolu (hafif şişman), %3.3'ünün obez, %2,7'sinin zayıf olduğu ve toplam %18.6'sının kilo ile ilgili sorun yaşadığı tespit edilmiştir.

Öğrencilerin yeme tutum puanı ortalaması 20.59 ± 11.69 , benlik kavramı puan ortalaması 56.07 ± 10.1 , sosyal karşılaştırma puan ortalaması 69.51 ± 25.31 bulunmuştur.

Öğrencilerin %12.3'ünde yeme bozukluğu vardır, %14.4'ünün benlik kavramı düzeyleri düşüktür.

Vücut ağırlığı durumları ile yeme bozukluğu durumları ve benlik kavramı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Öğrencilerin büyük bir kısmında kiloyu algılama sorunu olup zayıfların yarısı, normal ağırlıktakilerin de % 35'4'ü kendini kilolu bulmaktadır.

Öğrencilerin yeme tutum puanı arttıkça benlik kavramı puanının azaldığı, benlik kavramı puanı arttıkça sosyal karşılaştırma puanının da arttığı ($p < 0.001$), yeme tutum puanı ile sosyal karşılaştırma puanı arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Ayrıca BKİ değeri arttıkça yeme tutum puanı ve sosyal karşılaştırma puanı da artmaktadır ($p < 0.05$). Ancak ilişkiler zayıf düzeydedir.

Kızların YTT puanı erkeklerden yüksek bulunmuştur.

Okulunu isteyerek seçmeyenlerin, annesi okur-yazar olmayanların, annesi ev hanımı olanların, ailesi düşük gelir grubundakilerin YTT puanı diğerlerinden yüksektir.

Okullara göre ise en yüksek YTT puanı Kız Meslek Lisesinde, en düşük puan ise Fen Lisesinde okuyanlardadır. Okullar arasında YTT puanı önemli farklılık göstermektedir.

Annesi şişman ve ailesinde kilolu birey olanların, sağlık problemi olanların, kişilerarası ilişkilerde zorluk çekenlerin, ailesinin tutumuna kızan ve ilgisiz bulanların, diyet yapanların, düzenli kahvaltı, öğle ve akşam yemeği yemeyenlerin, kilo vermek isteyenlerin, kilosunu

hergün kontrol edenlerin YTT puanı da diğerlerinden yüksek bulunmuş olup uykuya yatış zamanı ve kalitesi de yeme tutum puanını etkilemektedir.

BKİ değeri ile ailedeki birey ve kardeş sayısı arttıkça YTT puanı artmakla birlikte aradaki ilişkinin zayıf olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)

Benlik kavramı puanlarını etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; erkeklerin benlik kavramı puanı kızlarından yüksek bulunmuştur,

Okulunu isteyerek seçenlerin, kendini başarılı ifade edenlerin ve sosyal güvencesi olanların, kişiler arası ilişkilerde zorluk çekmeyenlerin, ailesinin tutumundan mutlu olanların, ailesinin kararlarına saygı duyduğunu veya sınır koymadığını belirtenlerin, kilosunu fazla bulanların, rahat uyuyanların benlik kavramı puanları diğerlerinden yüksektir.

Annesi okur-yazar olmayanların, sağlık problemi olanların, sigara içenlerin, bazen besin takviyesi alanların, düzenli egzersiz yapmayanların düzenli kahvaltı, öğlen ve akşam yemeği tüketmeyenlerin, diyet yapanların benlik kavramı puanları diğerlerinden düşüktür.

Kilo alınca yapılan uygulamalar da benlik puanı etkilemektedir.

Yaş ve kardeş sayısı arttıkça benlik kavramı puanı düşmekle birlikte aradaki ilişkinin zayıf olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sosyal karşılama puanını etkileyen faktörler incelendiğinde ise; erkeklerin puanı kızlarından yüksek bulunmuştur.

Babası çalışmayan ve ortaokul mezunu olanların, annesi işçi olanların, orta düzeyde geliri olanların puanı düşüktür.

Annesi üniversite mezunu olanların, parçalanmış ailede yaşayanların puanı ise yüksektir.

Ailedeki kişi ve kardeş sayısı ile bel/kalça oranı arttıkça puan düşerken TV izleme süresi ile BKİ değeri arttıkça artmakta olup aradaki ilişkinin zayıf olduğu saptanmıştır.

Egzersiz yapanların, değişik saatte uyuyanların, alkol kullananların, düzenli akşam yemeği yiyenlerin, öğün sayısı 6+ olanların, kişiler arası ilişkilerden güçlük çekmeyenlerin, ailesinin tutumuna kızanların sosyal karşılaştırma puanı diğerlerinden yüksektir ($p<0.05$).

Bu sonuçlar adolesanlarda kilo ile ilgili sorunların olduğunu, ancak kiloyu algılama ile ilgili sorunların daha büyük boyutta olduğunu göstermektedir. Bu yüzden adolesanların düzenli olarak ağırlık, boy, bel/kalça çevresi oranlarının ölçümünün yapılması, yaşa ve cinsiyetlerine göre BKİ'lerinin değerlendirilmesi, yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilecek yeme bozukluklarının erken teşhis edilmesini sağlayarak, sağlık çalışanlarına da erken müdahale yapabilme şansı sunacaktır.

Yeme bozukluklarının adolesan dönemde ortaya çıkmasında, fiziksel gelişim ve beden algısı, cinsiyet ve yaşı, toplumsal kültür yapısı ve medyanın etkisi olduğu birçok çalışmayla desteklenmiştir. Bu yüzden adolesana verilen her mesajın, adolesan tarafından nasıl algılandığına çok dikkat edilmesi gereklidir. Çünkü; adolesan tarafından yanlış anlaşılan her mesaj yeme tutumunu, benlik kavramını ve sosyal algısını bozulmasına yol açabilecektir. Bunun önüne geçilmesinde aile tutumları, aile yapısı, öğretmen ve arkadaş ilişkileri çok önemli olmakla birlikte doğru yaklaşımların kullanılmasının öğretilmesini de gerekli kılmaktadır.

Adolesanların sağlıklı yaşam sürebilmesi için düzenli fiziksel aktivite yapması, düzenli beslenme alışkanlığını kazanması, uykusunu yeterli uyuması ve olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması önemli olmaktadır. Aile ve okul çevresi içinde yapılması gerekenler konusunda devlet olarak da uygun politikalar geliştirilmelidir.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Aysel ÖZDEMİR
Medeni Hali	Evli, 4 çocuk sahibi
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Uludağ Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Bursa
E-posta Adresi	ayozdemir@uludag.edu.tr

Eğitim ve Akademik Durumu

Doktora	Cumhuriyet Üniversitesi (2011-2014)
Yüksek Lisans	Erciyes Üniversitesi (1995-1997)
Lisans	Hacettepe Üniversitesi (1988-1992)

İş Tecrübesi

Erciyes Üniversitesi	Uzman öğretim elemanı,1992-1998
Uludağ Üniversitesi	Öğretim görevlisi, 1998-Aynı Kurumda hala çalışıyor

KAYNAKLAR

- [1] Baysal, A. (2010). Genel Beslenme, Ankara, 155-160.
- [2] Aykut, M. (2011). Toplum Beslenmesi (Halk Sağlığı Genel Bilgiler), Öztürk Y, Günay O. (Ed.), Erciyes Üniversitesi Yayınları, No:172, Kayseri,1247.
- [3] I. Ulusal Adolesan Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri (2006), <http://www.ulusaladolesan>
- [4] Semerci, B. (2007). Ergen Ruh Sağlığı, Aileler ve Ergenler İçin, Alfa Yayınları, 2. Baskı, İstanbul, 10-11.
- [5] Çuhadaroğlu, F. (2006). Ergenlikte Psikososyal Gelişim. I. Adolesan sağlığı kongresi. Ankara, 32-45.
- [6] Erci, B., Avcı, A.İ., Hacıoğlu, N., Kılıç, D. ve Tanrıverdi, G. (2009). Halk Sağlığı Hemşireliği, Ankara, 104-111.
- [7] Yiğit, R. (2009). Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme, Sistem Ofset, Ankara, 177-197.
- [8] Coleman, J.C. and Hendry, L. (1991). The Nature of Adolescence, Routledge, Second Ed., London and Newyork, pp:45-67.
- [9] Nurmi, J.E, (1993). Self-definition and mental healty during adolescence end young adulthood (Schulenberg, J., Maggs, K., Hurrelmann, (eds). Health Risks and Developmental Transitions During Adolescence), Cambrige University Press, 395-419.
- [10] Jackson, D.B. and Saunders, R.B. (1993). Child Healty Nursing; A Comprehensive Approach to the Care of Children and Their Families, J.B. Lipincott Company, Philadelphia.
- [11] Devocioğlu, Ö. (2008). Annelere Öğütler, İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Baskı, 70-77.
- [12] Demirel, Y. (2005). Beden algısı ve ruh sağlığı, (<http://www.turk-forum.net>).
- [13] Ergür, E. (1999). Üniversite öğrencilerinde beden-benlik algısı ve ruh sağlığı arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- [14] Rosenberg, M. (1965). Society and the Adolescent Self-image, Princeton University Press, Princeton,
- [15] World Health Organization. (1997). Adolescent Health & Development Programme Family & Reproductive Healty.
- [16] Sánchez-Carracedo, D., Neumark-Sztainer, D. and López-Guimerà, G. (2012). Integrated prevention of obesity and eaing disorders: barriers, developments and opportunities. Public Health Nutr, doi: 10.1017/S136898001200070512.
- [17] Mast, L.A., Schoppe, L.R. and Hogarth, C.R. (1991). Development of the healty adolescent and family. (Hogart, C.R. (ed.). Adolescent Psychiatric Nursing), Mosby Year, Book:27.
- [18] Button, E.J., Sonuga-Barke, E.J., Davies, J. and Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. Br J Clin Psychol, 35, 193-203
- [19] Silverstone, P.H. (1992). Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders? Med Hypotheses, 39(4), 311-315.

- [20] McConnell, AR., Rydell, R.J. and Leibold, J.M. (2002). Expectations of consistency about The self: Consequences for self-concept formation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38(6), 585-596.
- [21] Favaro, A., Ferrara, S. and Santonastaso, P. (2003). The spectrum of eating disorders in young women: A prevalence study in a general population sample. *Psychosomatic Medicine*, 65, 701-708.
- [22] Yücel, B., Akdemir, A., Küey, A.G., Maner, F., Vardar, E. (2013) *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı*, 10-20.
- [23] Seiffge, K. (2000). Are discrepancies between development status and aspired goals a sufficient motivation for developmental progression? *Motivational Psychology of Human Development*. J. Heckhausen (ed.), Elsevier Science, 251-270.
- [24] Mukudi, E. (2003). Nutrition status, education participation, and school achievement among Kenyan middle-school children. *Nutrition*, 19, 612-616
- [25] Bozan, N. (2009). Hollandalı Yeme Davranışı (DEBQ) anketinin Türk üniversite öğrencilerinde geçerlilik ve güvenilirliğinin sınanması. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Beslenme ve Diyetetik Programı, Yüksek Lisans Tezi.
- [26] Vardar, E. ve Erzen, M. (2011). Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22s.
- [27] Patton, G.C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J.B. and Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorder: population based cohort study over 3 years. *Brit Med J*, 318, 765-768.
- [28] Demir, B.D. (2006). Liseye devam eden kız öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ve beden algısını etkileyen etmenler, Hacettepe üniversitesi Sağlık bilimleri enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Ankara.
- [29] Bas, M.F., Asçı, H., Karabudak, E. ve Kızıltan, G. (2004). Türk adolesanlarda psikolojik durum ve yeme davranışı arasındaki ilişki, *Adolescence Fall*, 39(155), 593-599.
- [30] Tanrıverdi, D., Savaş, E., Gönüllüoğlu, N., Kurdal, E. ve Balık, G. (2011). Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 17(1), 33-39.
- [31] Toker, E. (2008). D.K.T.Ü. Trabzon Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinde yeme tutumu ve aile yapısı arasındaki ilişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sağlık Psikolojisi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- [32] Yang, S.J., Kim, J.M. and Yoon, J.S. (2010). Disturbed eating attitudes and behaviors in South Korean boys and girls: A school-based cross-sectional study. *Yonsei Med J*, 51(3), 302-309.
- [33] Okyay, P. ve Ergin, F. (2012). Adolesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Gelişme, (Editör: Eskin M ve ark. Türkiye’de Gençlik) Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, HYB basın yayın, Ankara, 3-52.
- [34] Anonim (2009). T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri, Katılımcı El Kitabı, Ankara, 2-12.
- [35] Abacı, A., Çatlı, G. ve Büyükgebiz, A. (2013). Adolesanda Fiziksel ve Seksüel Gelişme, *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 9(2), 1-9.

- [36] Kılıç, E.Z. (2013). Ergenlik Döneminde Psikososyal Gelişim. *Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 9(2), 10-19.
- [37] Derman, O. (2013). Adolesanın Fiziksel, Cinsel Gelişimi. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 4(1), 7-11.
- [38] Hatipoğlu, N.Ş. (2013). Adolesanlarda psikososyal gelişim. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 4(1), 12-15.
- [39] Köroğlu, E. (2010). Umut kapısı Psikiyatri, Hasta, Danışanlar ve Yakınları için Psikiyatri el Kitabı, HYB Basım Yayın, Ankara.
- [40] Gözcü Yavaş, C.Ö. (2012). Orta ve Geç Ergenlik Dönemindeki Ergenlerde Tutum ve Davranış Farklılıkları, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 113-136.
- [41] Solorzano, C.M.B. and McCartney, C.R. (2010). Obesity And The Pubertal Transition In Girls And Boys, *Reproduction*, 140, 399-410.
- [42] Neyzi, O. ve Ertuğrul, T. (1989). *Pediatrici*, Cilt 1, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 105s.
- [43] Büyükgebiz, A. (2006). Adolesanda Fiziksel ve Cinsel Gelişme, *Pediatric Bilimler*, 2(7), 1-11.
- [44] Bertan, M. ve Güler, Ç. (1997). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Güneş Kitabevi, ISBN 975-7467-26-X, Ankara.
- [45] Kutluk Tezer, M. (2006). Adolesanlarda Koruyucu Sağlık Hizmetleri, *Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 2(7), 11s.
- [46] Derman, O. (2008). Ergenlerde Psikososyal Gelişim, *Adolesan Sağlığı II Sempozyumu Dizisi*, 63, 19-21.
- [47] Karakoyun, M. ve Yağcı, R.V. (2013). Adolesan Dönemde Sağlıklı Beslenme ve Obezite. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 4(1), 31-51.
- [48] Yılmaz, T.T. (2013). Ülkemizde ve Dünyada Adolesan Sağlığı *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 4(1), 1-6.
- [49] Büyükgebiz, B. (2013). Adolesan Yaş Grubunda Beslenme *Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 9(2), 37-47.
- [50] Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2012. Erişim: www.hips.hacettepe.edu.tr. Erişim tarihi: 29/12/13.
- [51] Aslan, D., Şengelen, M. ve Bilir, N. (2008). Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları ve Yaklaşımlar, *Geriatrici Derneği Eğitim Serisi (1)*, Ankara, [Internet] http://www.geriatri.org/pdf/geriatriA5kitap_280308.pdf Erişim: 16.04.2014.
- [52] Geçkil, E. ve Yıldız, S. (2006). Adolesanlara Yönelik Stresle Baş Etme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 19-28.
- [53] Demirezen, E. ve Coşansu, G. (2005). Adolesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Sted Dergisi*, 14(8), 174-178.
- [54] Kılınç, F.N. ve Çağdaş, D. (2012). Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları Ve Vücut Bileşimleri/Nutritional Habits And Body Composition Of Students *Türk Ped Arfl*, 47, 181-183.
- [55] Rosenblum, G.D. and Lewis, M. (1999). The relations among body image, physical attractiveness and body mass in adolescence, *Child Development*, 70, 50-64.

- [56] Baltacı, G., Ersoy, G., Karaağaoğlu, N., Derman, O. ve Kanbur, N. (2008). Ergenlerde Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Yaşam, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 3-33.
- [57] Durna, U. (2005). A Tipi ve B Tipi Kişilik Yapıları ve Bu Kişilik Yapılarını Etkileyen Faktörlerle İlgili Bir Araştırma. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 19(1), 276.
- [58] Cüceloğlu, D. (1993). İnsan ve Davranışı. Remiz Kitabevi, İstanbul, 404s.
- [59] Ersanlı, K. (2005). Davranışlarımız: Gelişim ve Öğrenme, Eser Matbaacılık, Samsun.
- [60] Ergün, S, ve Conk, Z. (2011). Effect Of Individualized Education Efforts By A Nurse To Increase Self-Care Capacity İn Adolescents. Acta Paul Enferm, 24(6), 821-827.
- [61] Yanbastı, G. (1996). Kişilik Kuramları. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, İzmir, 252-267.
- [62] Çelik, A. (1994). SSK Ankara Hastanesi Çocuk Psikiyatri Servisine Başvuran 9-14 Yaş Arasındaki Çocukların Benlik Kavramlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Kriz Dergisi, 2(1), 240-246.
- [63] Özen, Y. ve Gülaçtı, F. (2010). Benlik-Kavramı Ve Benliğin Gelişimi Bilen Benliğe Gereksinim Var Mı? Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi, 12(2), 21-36.
- [64] Öztürk, O. (1994). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekim Yayın Birliği, 5. Basım.
- [65] Yörükoğlu, A. (1989). Gençlik Çağı. 6. Baskı, İstanbul.
- [66] Kılıçcı, Y. (2006). Okulda Ruh Sağlığı. Anı Yayıncılık, 5. Baskı, Ankara.
- [67] Gümüş, B.A., Çevik, N., Hataf, H.S., Biçen, Ş., Keskin, G. ve Tuna, M.A. (2011). Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı İle İlişkili Özellikler. Anatol J Clin Investig, 5(1), 7-14.
- [68] Erbil, N., Divan, Z. ve Önder, P. (2006). Ergenlerin Benlik Saygısına Ailelerinin Tutum ve Davranışlarının Etkisi. Aile ve Toplum Dergisi, 3(10), 7-15.
- [69] Orsel, S., Canpolat, B.I., Akdemir, A. ve Ozbay, M.H. (2004). Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması. Turk Psikiyatri Dergisi, 15(1), 5-15.
- [70] Erkal, S. ve Pek, H. (1993). Beden İmajında Değişimler ve Hemşirenin Rolü. Hemşirelik Bulteni, 7(30), 61-71.
- [71] Sondhaus, E., Kurtz, R. and Strube, M.J. (2001). Body attitude, gender, and self-concept: a 30-year perspective. Journal of Psychology, 135(4), 413-429.
- [72] Gardner, R.M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. British Journal of Psychology, 87(2), 327-338.
- [73] Göksan B. (2007). Ergenlerde Beden İmajı ve Beden Dismorfik Bozukluğu. Uzmanlık Tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- [74] Büyükgebiz, A. (2006b). Köprüden Geçerken Ergenlik Dönemi ve Sorunları, Acıbadem Sağlık Grubu ve Optimist Yayınları, 55-61.
- [75] Aydın, B. (2005) Çocuk ve Ergen Psikolojisi. Atlas Yayın ve Dağıtım, 2. Baskı, İstanbul.

- [76] Koç, M. (2004). Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2(17), 231-256.
- [77] Cooper, Z., Fairburn, C. and Hawker, D. (2007). (Çev. Çetin M, Sabancıoğlu F). Obezitenin Bilişsel Davranışçı Tedavisi, Yılmaz Matbaası, İstanbul.
- [78] Kılınç, N.F. ve Çağdaş, D. (2012). Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının, beslenme bilgi düzeylerinin ve vücut bileşimlerinin değerlendirilmesi. Turk Ped Arfl, 47, 181-188.
- [79] Kuzgun, Y. (2002). İlköğretimde Rehberlik. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- [80] Allewa, J.M., Martijn, C., Jansen A& Nederkoorn C. (2013). Body Language: Affecting Body Satisfaction by Describing the Body in Functionality Terms, <http://pwq.sagepub.com/content/38/2/181>, The online version of this article can be found at DOI: 10.1177/0361684313507897.
- [81] Silverstone, P.H. (1992). Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders? Med Hypotheses, 39(4), 311.
- [82] ACC/SCN. (2001). What Works? A Review of the efficacy and effectiveness of nutrition interventions. Allen, L., Gillespie, S. ACC/SCN Nutrition Policy Paper No: 19, 17-21.
- [83] Karakoyun, M. ve Yağcı, R.V. (2013). Adolesan Dönemde Sağlıklı Beslenme ve Obezite. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 4(1), ss:31-35
- [84] Spark, A. (1998). Nutrition Counseling. In Health Promotion Throught the Lifespan. Eds: Edelman, C.L. and Mandle, C.L. Mosby Company, St. Louis.
- [85] Süren, O. ve Soysal, A. (2002). Okul Kantinleri ve Dengeli Beslenme, Konak Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü Yayınları, Yayın No: 2, Olcay Matbaası, İzmir.
- [86] Müftüoğlu, O. (2003). Yaşasın Hayat. Doğan Kitapçılık A.Ş., İstanbul, 32-87.
- [87] Yaşlı Sağlığı Modülleri, Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi (2011). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 41-44.
- [88] Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı(2013). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 63-76.
- [89] WHO. (2002). Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Genova, Switzerland.
- [90] Irmak, H., Kesici, C. ve Kahraman, N. (2011). Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi (Toçbi) Projesi Araştırma Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- [91] Baysal, A. (2007). Genel Beslenme. Beslenmeye Giriş. Hatipoğlu Yayınevi, 12. Baskı, Ankara, 159s.
- [92] Tarım, Ö. (2006). Ergenlik Döneminde Beslenme. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci, 2(7), 14-17.
- [93] Yücecan, S. ve Nursal, B. (2008). Optimal Beslenme. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın no:726, 1. Basım, Klasmat matbaacılık, Ankara, 448-453.
- [94] Oktar, I. ve Şanlıer, N. (1999). İlköğretim okullarında uygulanan beslenme programları ve öğrencilerin beslenme davranışları ile ilgili öğretmen ve yöneticilerin görüşü, Mesleki Eğitim Dergisi, 1, 55-63.

- [95] Günöz, H. (2003). Büyüme gelişme ve endokrin. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 111-114.
- [96] Demir, H. (2008). Adolesan Beslenmesi. Güncel Pediatri, 8(Özel sayı 1), 94.
- [97] Sencer, E. (1991). Beslenme ve diyet. Güven Matbaası, İstanbul, 237-239s.
- [98] Rudolph, A.M., Kamei, K.R. and Overby, J.K. (2003). Yurdakök, M. (Çvr. Ed.), Rudolph's Fundamentals of Pediatrics, Öncü Basımevi, Ankara, 12-71.
- [99] Pekcan, G. (2008). Beslenme Durumunun Saptanması. Diyet El Kitabı (Baysal, A., Aksoy, M., Besler, H.T., Bozkurt, N., Keçecioğlu, S., Merdol, T.K., Pekcan, G., Mercanlıgil, S.M. ve Yıldız, E.). Hatipoğlu Yayınları 116, Yükseköğretim Dizisi 36, 5. Baskı, Ankara, 67-141.
- [100] Güler, Y., Gönener, H.D., Altay, B. ve Gönener, A. (2009). Adolesanlarda Obezite ve Hemşirelik Bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(10), 165-182.
- [101] Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014). T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, www.beslenme.saglik.gov.tr (erişim tarihi 07.12.2013).
- [102] Erkan, T. (2011). Tüm Ergenlerde Beslenme. Turk Ped Arfl:ss 49-53.
- [103] Applegate, L. (Çev: Özpınar, H.) (2011). Beslenme ve Diyet. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul.
- [104] Waxman, A. (2003). Prevention of chronic diseases: WHO global strategy on diet, physical activity and health. Food and Nutrition Bulletin, 24(3), The United Nations University, Erişim: 23.12.2013. <http://archive.unu.edu/unupress/food/fnb24-3.pdf#page=39>.
- [105] Merdol, K.T. (2006). Adolesan Dönemde Beslenmesi. Ulusal Adolesan Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri, Ankara, 190-191.
- [106] Gökçay, G. ve Garipağaoğlu, M. (2002). Çocukluk ve ergenlik döneminde beslenme, Saga Yayınları, 1. Baskı, İstanbul.
- [107] International Children Center. Üniversite Birinci Sınıf Öğrencilerinin Adolesan Dönem Konusunda Bilgi ve Yaşam Tarzlarının Belirlenmesi Araştırması. (2006). Ankara, 13s.
- [108] Kurucu, M. (1997). Beslenme. Milli Eğitim Basımevi, İstanbul.ss:1-30
- [109] Erkan, T. (2008). Ergenlerde Beslenme, Adolesan Sağlığı II, 73-77.
- [110] Baysal, A. (2009). Beslenme. Hatipoğlu Yayınları, 12. Baskı, Ankara, 72s.
- [111] Karabudak, E. (2008). Vejetaryen Beslenmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın no:726, Klasmat matbaacılık, 1. Basım, Ankara.
- [112] Sencer, E. (2005). Beslenme. Medikal Yayıncılık, 2. Baskı, İstanbul, 51-64.
- [113] Köksal, G. (2008). Çocuk ve ergenlik döneminde obezite. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 3-28.
- [114] T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı (2014-2017). Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti., 3. Basım, Ankara.
- [115] USDHHS. Dietary Guidelines for Americans 2005. Erişim: 23.12.2013. <http://www.healthierus.gov/dietary-guidelines>.
- [116] Özön, A. (2006). Çocukluk ve Adolesan Çağında Osteoporozdan Korunma. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci, 2(7) ss:18-24

- [117] Mahan, K. and Escott-Stump, S. (2008). Krause's Food & Nutrition Therapy, Saunders Elsevier, 12. Edition, Kanada.
- [118] Institute of Medicine. Food and Nutrition Board. (2001). Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc. National Academy Press. Washington, DC. ISBN 0-309-07279-4 (pbk.)— ISBN 0-309-07290-5 (hc.)<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309072794>erişim 2013.
- [119] Holick, F.M. (2004). Sunlight and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune diseases, cancers, and cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr* vol. 80 no. 6 1678S-1688S.
- [120] Saintonge, S., Bang, H., Gerber, L.M. (2009). Implications of a New Definition of Vitamin D Deficiency in a Multiracial US Adolescent Population: The National Health and Nutrition Examination Survey III *Pediatrics*, 123(3), 797-803.
- [121] Moore, C., Murphy, M.M., Keast, R.D. and Holick, F.M. (2004). Vitamin D Intake in the United States. *Journal Of The American Dietetic Association*, 104, 980-983.
- [122] Garriguet, D. (2010). The effect of supplement use on vitamin C intake, *Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-XPE • Health Reports*, Vol. 21, no. 1
- [123] Yıldırımkaaya, G. (2008). Türkiye'de Karşılanmamış Cinsel Sağlık Bilgisi İhtiyacının Adolesan Sağlığına Yansıması ve UNFPA, Adolesan Sağlığı II. *Sempozyum Dizisi*, 63, 47-50.
- [124] Silverstone, P.H. and Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis *Ann Gen Hosp Psychiatry*, 2, 2. Published online 2003 February 11.[doi:10.1186/1475-2832-2-2](https://doi.org/10.1186/1475-2832-2-2).
- [125] David, S.R. (2010). The Committee On Adolescence Identification And Management Of Eating Disorders İn Children And Adolescents From The American Academy Of Pediatrics, 126, 1240.
- [126] Miller, C. T. and Downey, K.T. (1999). A Meta-Analysis Of Heavyweight And Self-Esteem. *Personality and Social Psychology Review*, 3(1), 68-84.
- [127] Stice, E., Stormer, S. and Appe, A. (2001). A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. DOI:10.1002/eat.1016.
- [128] Esenay Işık, F. ve Conk, Z. (2006). Medya ve Çocuk: Hemşirelik Tanıları Doğrultusunda Bir İnceleme. *Aile ve Toplum Dergisi*, 3(10), 91-102.
- [129] Mealha, V., Ferreira, C., Guerra, I., Ravasc, P. (2013) Students of dietetics & nutrition; a high risk group for eating disorders? *Nutr Hosp. Sep-Oct;28(5):1558-66*. doi: 10.3305/nh.2013.28.5.6695.
- [130] Button, E.J., Philippa, L., Davies, J., Edmund, J.S. and Barke, S. (1997). Self-Esteem, Eating Problems, and Psychological Well-Being in a Cohort of Schoolgirls Aged 15–16: A Questionnaire and Interview Study. *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 39-47.
- [131] Ziyalar, A. (1999). *Sosyal Psikiyatri*, Yüce Yayım, İstanbul, 137-159.

- [132] Levitt, D.H. (2004). Drive For Thinness And Fear Of Fat Among College Women. Implications For Practice And Assessment. *Journal Of College Counseling*, 7, 109-117.
- [133] Sztainer, N.D., Paxton, J.S., Hannan, J.P., Stat. M.J. and Haines Story, M. (2006). Does Body Satisfaction Matter? Five-year Longitudinal Associations between Body Satisfaction and Health Behaviors in Adolescent Females and Males. *Journal of Adolescent Health*, 39, 244-251.
- [134] Malkemus L.A., Shipman L.M., Thomas C.J. (2008). The Relationship Between Body Mass Index And Self-Esteem İn Female College Students Undergraduate. *Research Journal for the Human Sciences*, ISBN 1-929083-13-0, Volume 7.
- [135] Ackard, D.M., Neumark-Sztainer, D., Story, M. and Perry, C. (2003). Overeating Among Adolescents: Prevalence And Associations With Weight-Related Characteristics And Psychological Health. *Pediatrics*, 111(1), 67-74.
- [136] Steinberg, L. (2007). *Ergenlik. İmge Kitapevi*, Ankara.
- [137] Davis, K.A. (2007). *Media Exposure, Body Dissatisfaction and Disordered Eating: An Examination of Mediating and Moderating Mechanisms* A Dissertation submitted to the Department of Communication in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy.
- [138] Doğan, O. ve Doğan, S. (1992). *Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği El Kitabı*. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi, Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları No:53, Sivas, 1-27.
- [139] Hawkins, N., Richards, P.S., Granley, H.M. and Stein, D.M. (2004). The Impact Of Exposure To The Thin-İdeal Media İmge On Women. *Eating Disorders*, 12, 35-50.
- [140] Başterzi, D.A., Tüzer, V., Alagöz, M.F., Uysal, A.Ç. ve Göka, E. (2003). Estetik Cerrahi Hastalarında Yeme Tutumu Ve Beden Algısı, *Yeni Symposium*, 41(1), 3-6.
- [141] Köroğlu, E. (2010). *Umut Kapısı Psikiyatri Hastaları, Danışanları ve Yakınları için Psikiyatri El Kitabı*. Hekimler yayın birliği,
- [142] Stang, J. and Story, M. (eds.) (2005). *Guidelines for Adolescent Nutrition Services*, http://www.epi.umn.edu/let/pubs/adol_book.ss:137-139.
- [143] Dalle, G.R. (2011). Eating Disorder: Progress and Challenges, *European Journal of Internal Medicine*, 22, 153-160.
- [144] Kanbur, Ö.N. (2013). Adolesanlarda Yeme Bozuklukları, *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 9(2), 48-55.
- [145] Brown, J.M., Mehler, P.S. and Harris, R.H. (2000). Medical complications occurring in adolescents with anorexia nervosa. *West J Med*, 172(3), 189-193.
- [146] Kınık, E. (2000) Adolesan Hastaya Yaklaşım. *Katkı Pediatri Dergisi*; 21;713-9.
- [147] Baş, M. (2007). *Yeme Bozukluklarına Diyetel Yaklaşım ve Ağrlık Denetimi, Yetişkinlerde Ağrlık Denetimi Sertifika Programı Katılımcı El Kitabı*, Bolu.
- [148] Bilaç, Ö., Perçinel, İ. ve Özbaran, B. (2013). Anoreksiya Nervoza Tanılı Bir ergen: Olgu sunumu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 20(1), 33-38.
- [149] Maner, F. (2001). Yeme Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 130-139.

- [150] Kılıç, Z.E. (2006). Ruhsal Bir Hastalık Olarak Yeme Bozuklukları. *Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 2(7), 45-50.
- [151] Küey, G.A. (2008). Yeme Bozuklukları, Adolesan Sağlığı II Sempozyumu, 81-83.
- [152] İzmir, M., Erman, H. ve Canat, S. (1994). Ankara’da üç değişik okulda uygulanan yeme tutumu testi sonuçlarının değerlendirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 1(2), 70-73.
- [153] Erol, A., Toprak, G. ve Yazıcı, F. (2002). Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 48-57.
- [154] Powers, S.P., Carlos, A.S., Santana, A.C. (2003). Eating Disorders, *Encyclopedia of the Neurological Sciences*, 71-74, ISBN: 978-0-12-226870-0.
- [155] Rodin, G., Olmsted, M.P. and Rydall, A.C. (2002). Eating disorders in young women with Type I DM. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 943-949.
- [156] Abraham, S. and Llewellyn-Jones, D. (1997). *Eating disorders the facts*. 4th Edition. New York: Oxford University Press, 29-33.
- [157] Kuruoğlu, Ç.A. (2000). Yeme Bozukluklarında Genetik Etkenler, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10, 32-37.
- [158] Gershon, E.S., Schreiber, J.L., Hamovit, J.R., Dibble, E.D., Kaye, W. Nurnberger, J.I., Andersen, A.E. and Ebert, M. (1984). Clinical Findings in patients with anorexia nervosa and affective illness in their relatives. *Am J Psychiatry*, 141, 1419-1422.
- [159] Kreipe, R.E. and Birndorf, S.A. (2000). Eating disorders in adolescents and young adults. *Med Clin North Am*, 84(4), 1027-1049.
- [160] Kanbur, Ö.N. (2006). Adolesana yaklaşım, *Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 2(7), ss:9-10
- [161] Bray, A.G. and Bouchard, C. (2004). *Obesity Clinical Applications*, Pennington Biomedical Research Center Louisiana State University Baton Rouge, Louisiana, U.S.A., ISBN: 0-8247-4773-9.
- [162] James, I., Hudson, E., Harrison, G.P. and Ronald, C.K. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Published in final edited form as: *Biol Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- [163] Semiz, M., Kavakcı, Ö., Yağız, A., Yontar, G. ve Kugu, N. (2013). Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 24(3):149-157
- [164] Darcy, A.M., Doyle, A.C., Lock, J. (2012). The eating disorders examination in adolescent males with anorexia nervosa: How does it compare to adolescent females? Published in final edited form as: *Int J Eat Disord*; 45(1): 110–114. doi:10.1002/eat.20896., 110-114
- [165] Lucas, A.R., Beard, C.M., O’Fallon, W.M. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: a population-based study. *Am J Psychiatry*, 148, 917-922.

- [166] American Psychiatric Association. (2000). Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders (revision). *Am J Psychiatry* suppl(157), 1-39.
- [167] Shapiro, J.R., Berkman, N.D., Brownley, K.A., Sedway, J.A., Lohr, K.N. and Bulik, C.M. (2007). Bulimia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 321-336.
- [168] Kocabaşoğlu, N. (2001). Yeme Bozuklukları. *Yeni Semposium*, 39(2), 95-99.
- [169] Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior*, 94, 121-135. doi:10.1016/j.physbeh.2007.11.037.
- [170] Kotler, L.A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D.S. and Walsh, B.T. (2001). Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(12), 1434-1440.
- [171] Jacalyn, J.R., Kembra, D. and Annette, G. (2014). The Physiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, *The Active Female*, 149-176.
- [172] Kjelsås, E., Bjørnstrøm, C. and Gøtestam, G.K. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years) *Eating Behaviors*, 5(1), 13-25. [http://dx.doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00057-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00057-6)
- [173] Amerikan Psikiyatri Birliği. (1994). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM IV)* (Çev. Ed.: E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- [174] Şar, V. (2010). DSM-5 Taslak Tanı Ölçütlerine Genel bir Bakış: Batı cephesinde Yeni bir şey Yok mu? *Klinik Psikiyatri*, 196-208.
- [175] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition (DSM-5)*. Washington, DC:American Psychiatric Association.
- [176] Elburg, V.A.A. (2007). Psychoneuroendocrinological aspects of anorexia nervosa: predictors of recovery, ISBN: 978-90-393-45757.
- [177] Siyez, M.D. ve Uzbaş, A. (2006). Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Anoreksik Yeme Tutumları ile Aile Yapısı Arasındaki ilişki. *New/Yeni Symposium Journal*, 44(1), 37-40. www.yenisymposium.net
- [178] Granbois, C. (2011). What are the needs, factors, behaviors, and complications associated with type 1 Diabetic Adolescent Females with Disordered Eating? http://sophia.stkate.edu/ma_nursing
- [179] Falissard, B. (2007). Eating disorders; interactions between human nutrition research and food behaviours. *Trends in Food Science & Technology*, 1-4.
- [180] Cachelin, F.M. and Maher, B.A. (1996). Is amenorrhea a critical criterion for anorexia nervosa? *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 435-440.
- [181] Crow, S.J., Peterson, C.B. and Swanson, S.A. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry*, 166, 1342-1346.
- [182] Steinhausen, H.C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in 20th Century. *Am. J. Psychiatry*, 159, 1284-1293. <http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=21>
- [183] Yücel, B. (2009). Yeme bozukluğu Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol:, *Klinik gelişim Psikiyatrisi, İstanbul Tabip Odası*, 22(4),39-44 .

- [184] Yücel, B., Akdemir, A., Küey, G.A., Maner, F. ve Vardar, E. (2013). Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi el kitabı, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.ss:3-300
- [185] Gürdal, A. (1999a) Yeme bozuklukları ve Tedavisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 9(1), 21-27
- [186] Gürdal, A. (1999b) Anoreksiya Nervosa Tedavisinde Karşılaşılan Güçlükler. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları; 4(2), 243-255.
- [187] Keçeli, F. (2006) Yeme Bozukluğu Hastalarında Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Kişilik Bozukluğu, Yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul.
- [188] Mitchell, J.E. and Crow, S. (2006). Anoreksiya Nervosa Ve Bulimia Nervozanın Medikal Komplikasyonları. Current Opinion in Psychiatry, 2(3), 438-443.
- [189] Fisher, C.A., Hetrick, S.E. and Rushford, N. (2010). Family therapy for anorexia nervosa (Review) The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- [190] Dahlmann, B.H., Müller, B., Herpertz, S., Hebebrand J. (2001). Prospective 10-Year Follow-up in Adolescent Anorexia Nervosa: Course, Outcome, Psychiatric Comorbidity, and Psychosocial Adaptation. J. Child Psychology Psychiatry, 42(5), 603-612.
- [191] Boyacıoğlu, G. (1999). Yeme Bozukluklarında Bilişsel-Davranışçı Tedaviler (Bilişsel-Davranışçı Tedaviler, Savaşır, I., Boyacıoğlu, G. ve Kabakı, E.), Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 104-125.
- [192] Öztop, B.D. (2012). Adolesanda ruhsal sorunlar. Turk Aile Hek Derg, 16(Suppl), S14-S18. doi:10.2399/tahd.12.s014
- [193] Pamela, K.K. and Brown, T.A. (2010). Update on Course and Outcome in Eating Disorders. International Journal of Eating Disorders, 43(3), 195-204. (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/eat.20810
- [194] Güleç, Ö.D. ve Şahin, M.E. (2011). Yeme bozukluklarına yaklaşım. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 15(1),29-35.
- [195] Maner, F., Aydın, A. (2007) Yeme Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Tedavi, www.kdtd.org/v3/dosyalar/75.doc ss:23-36
- [196] Fairburn, C.G. and Bohn, K. (2005). Eating Disorder Nos (Ednos): An Example Of The Troublesome “Not Otherwise Specified” (NOS) Category in Dsm-IV. Behav Res Ther, 43(6), 691-701. Doi:10.1016/J.Brat.2004.06.011
- [197] Fairburn, C.G. (2008). Eating disorders: The trans diagnostic view and the cognitive behavioral theory. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. 1 sted. The Guilford Press, New York, 7-22.
- [198] Moser, C.M., Rosa, A.R. and Ribar, J. (2013). Impairment in psychosocial functioning in patients with different subtypes of eating disorders. Trends Psychiatry Psychother, 35(2), 111-118.
- [199] Maner, F. (1999). Yeme Bozukluklarında Kognitif-Davranışı Kuram. Yeme Bozuklukları, Çelikkol A. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 4(2): 167-173.
- [200] DİSK-AR Ocak 2012 Raporu (Açlık- Yoksulluk sınırı).
- [201] Öner, N. (1996). Piers-Harris Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği El Kitabı.Türk Psikologlar Derneği, Ankara.

- [202] WHO. (2007). Growth Reference Data for 5-19 years. www.who.int/childgrowth/en/
- [203] Pekcan, G. (2012). Beslenme Durumunun Saptanması. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726, ISBN : 978-975-590-2422008;14-15.
- [204] Sancak, R., DüNDAR, C., Totan, M., Çakır, M., Sunter, T. and Küçüködük, Ş. (2010). Ortaokul ve Lise Öğrencilerinde Obezite Prevalansı Ve Predispozan Faktörler [Internet]. Journal of Experimental and Clinical Medicine. [cited 2014 May 25].
- [205] Kutlu, R., Çivi, S. (2009). Özel Bir ilköğretim Okulu Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıklarının Ve Beden Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi Fırat Tıp Dergisi, 14(1), 24-25.
- [206] Arslan, P., Samur, G., Yıldız, E., Mercanlıgil, S.M. ve Köksal, G. (2004). 5-20 yaş grubu çocuk ve adolesanların bazı antropometrik ölçümleri ile beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi, 3. Ulusal Obezite Kongresi, 18-20 Mayıs 2004, Belek-Antalya.
- [207] Özdemir, O., Erçevik, E., Çalışkan, D. (2005). Farklı sosyoekonomik düzeye sahip iki ilköğretim okulunda öğrencilerin büyümelerinin değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 58(1)ss:23-29
- [208] Nişancı, F. ve Kılınç, D.Ç. (2012). Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının, beslenme bilgi düzeylerinin ve vücut bileşimlerinin değerlendirilmesi. Türk Pediatri Arşivi, 47(3), 181-188. Available from: <http://www.turkpediatriarsivi.com/sayilar/200/buyuk/181-188.pdf>
- [209] T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Diyabet Önleme Ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014).
- [210] Işık, B. (2009). Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinde Yeme Bozukluklarının Araştırılması. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
- [211] Akman, M., Tüzün, S. ve Ünalp, C. (2012). Adolesanlarda Sağlıklı Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Durumu. Nobel Medicus, Cilt:22,sayı:8. ss:24-29
- [212] WHO. (2004b). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva.
- [213] Çetin, E., Dölek, E.B. ve Orhan, Ö. (2008). Gazi Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Ergojenik Yardımcılar, Doping Ve Sağlık Hakkındaki Bilgi Ve Alışkanlıklarının Belirlenmesi. Spormetre Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi, V1(3). 129-132.
- [214] Goren, M.Z. (2010). İstanbul'da birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastaların bitkisel ürün kullanma ile ilgili davranış kalıpları. Turkish Journal of Public Health, 8(1),ss:1-8 .
- [215] Darvishi, L., Askari, G., Hariri, M., Bahreynian, M., Ghiasvand, R., Ehsani, S. (2013). The use of nutritional supplements among male collegiate athletes. Int J Prev Med, 4(Suppl 1), S68-72. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3665030&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- [216] Şanlıer, N. ve Arıkan, B. (2000). Ankara'da Çeşitli Üniversitelerde Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokullarına Devam Eden Son Sınıf Öğrencilerin

Beslenme ve Ergojenik Yardımcılarının Kullanma Durumlarının Saptanması, Gazi Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Kongresi, 26-27 Mayıs 2000.

- [217] Miller, K.E., Hoffman, J.H., Barnes, G.M., Sabo, D., Melnick, M.J. and Farrell, M.P. (2005). Adolescent Anabolic Steroid Use, Gender, Physical Activity, and Other Problem Behaviors. *Substance Use & Misuse*, 40(11), 1637-1657.
- [218] Breslow, J.L. (2006). n-3 fatty acids and cardiovascular disease. *American Journal of Clinical Nutrition*, 83(6), 1477-1482.
- [219] Mol, S. (2008). Balık Yağı Tüketimi Ve İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri *Journal of Fisheries Sciences.com*, 2(4), 601-607. DOI: 10.3153/jfsc.com.2008023 ISSN 1307-234X (ulaşım 23.06.2014)
- [220] Vatansever, H. (2013). Vitamin Ve Mineral Takviyeleri. Uluslararası 2. Helal ve sağlık Gıda Kongresi, Sözlü Bildirisi, 310s.
- [221] Bülbül, S.H., Kurt, G. ve Ünlü, E. (2010). Adölesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hast Dergisi*, 53, 204-210.
- [222] Bülbül, S.H., Güçlü, M. ve Mısırlıoğlu, E.D. (2013). Kırıkkale İl Merkezi İlköğretim ve Lise Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Alışkanlıkları ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Çocuk Hastalıkları*. Available from: <http://tchdergisi.org/index.php/tchd/article/view/397>
- [223] Karlıkaya, C. (2002). Edirne’de Lise Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı Kaçakçılık, Reklamlar ve Ergenlerin Sigaraya Ulaşması?_Türk Toraks Dergisi, 3(1), 007-012.
- [224] World Health Organization. (2008). WHO Report On The Global Tobacco Epidemic.
- [225] The Global Adult Tobacco Survey. (2013). Turkish Statistical Institute. World Health Organization. WHO Report On The Global Tobacco Epidemic.
- [226] Çapık, C. ve Cingil, D. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinde Sigara Kullanımı, Nikotin Bağımlılık Düzeyi ve İlişkili Etmenler. *Kafkas J Med Sci*, 3(2), 55-61.
- [227] Orak, S., Özen, T. ve Orak, E.M. (2004). Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin sigara, alkol alışkanlıkları ve sosyokültürel özelliklerinin incelenmesi. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg*, 11(3), 1-7.
- [228] Orak, S., Yavuz, D., Kılınc, S., Özcan, M. ve Altın, S. (2004) Burdur Şehrindeki Lise Öğrencilerinin Sigara, Alkol Vb. Alışkanlıkları Yönünden Araştırılması. *I. Burdur Sempozyumu*, 1058-1068.
- [229] Aras, Ş., Günay, T., Özcan, S. ve Orçın, E. (2007). İzmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 8, 186-196.
- [230] Şaşmaz, T., Buğdaycı, R., Toros, F., Kurt, A., Tezcan, H., Öner, S. ve Çamdeviren, H. (2006). Ergenlerde Alkol İçme Prevalansı Ve Olası Risk Faktörleri: Okul Tabanlı, Kesitsel Bir Çalışma. *Taf Preventive Medicine bulletin*, 5(2), ss: 94-104.
- [231] World Health Organization. (2014). WHO Global Status Report on Alcohol 2014. Country profiles:

- [232] World Health Organization. (2004). WHO Global Status Report on Alcohol 2004. Country profiles: Turkey. Geneva: World Health Organization.
- [233] T Ünsal A., Tozun M., Ayrancı Ü., Arslantaş D. (2010) Türkiye'nin Batısındaki Bir İlçede Lise Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler
Dirim Tıp Gazetesi: yıl: 85 sayı: 3 ss.100-112
- [234] Kamışlı S, Karatay G, Terzioğlu F, Kublay G. (2008) Sigara ve Ruh Sağlığı Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731. Ankara Klamat Matbaacılık
- [235] Tümkaya, S., Çelik, M. ve Aybek, B. (2010). Ergenlerin Kişilerarası İlişkilerini Etkileyen Sosyal Yaşantı Değişkenlerinin İncelenmesi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İlke) Bahar, 24, SS:163-178.
- [236] Yıldız, E., Erci, B. (2011). Anne Baba Tutumları İle Adölesan Saldırganlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1(3), e-ISSN: 2146-443X.
- [237] Adana, F. ve Kutlu, Y. (2009). Anne-Baba Tutumlarının Adölesanların Kendilik Kavramı Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2),ss:18-23.
- [238] Tatoğlu, N., Ocakçı, A. ve Öztürk, Ö. (2006). Zonguldak il merkezinde 15-17 yaş grubu liseöğrencilerinde benlik saygısının akademik başarıya etkisi, 50. Milli Pediatri Kongresi Kitabı, Antalya.
- [239] Özmen, D., Çetinkaya, A., Ergin, D., Şen, N. ve Dündar, E.P. (2007). Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları ve Beden Ağırlığını Denetleme Davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6(2):98-105.
- [240] Heşeminia, T., Çalışkan, D. ve Işık, A. (2002). Ankara'da yüksek öğretim öğrenci yurtlarında kalan öğrencilerin beslenme sorunları. İbni Sina Tıp Dergisi, 7, 155-167.
- [241] DeJong, C.S., Lenthe, F.J., Horst, K. and Oenema, A. (2009). Environmental and cognitive correlates of adolescent breakfast consumption. Preventive Medicine, 48, 372-377.
- [242] Özgen, I., Kınacı, B. ve Arlı, M. (2012). Ergenlerin Yeme Tutum ve Davranışları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 45(1), 229-247.
- [243] Kara, B., Hatun, Ş., Aydoğan, M., Babaoğlu, K. ve Gökalp, A.S. (2003). Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 46(1), 30-37.
- [244] Tomori, M. and Rus-Makovec, M. (2000). Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. Journal of Adolescent Health, 26(5), 361-367.
- [245] Önay, D. ve Onarıcı, B.F. (2011). Aşırı Zayıflık Takıntılıları, Psikolojide Yeme Bozuklukları Ve Bunların Nedenleri Üzerine Bir İnceleme: Eskişehir Örnekleme. İstanbul Fatih Üniversitesi Ulusal Sosyal Bilimler Olimpiyatı.
- [246] Kjelsas, E., Bjørnstrøm, C. and Gøtestam, K.G. (2004). Prevalence of Eating Disorders in Female and Male Adolescents (14–15 years). Eating Behaviors, 5(1), 13-25.

- [247] Özmen, D., Çetinkaya, A., Ergin, D., Şen, N. ve Dündar, E.P. (2007) Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları ve Beden Ağırlığını Denetleme Davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(2),ss: 98-105
- [248] Deniz, J., Azeri, S. (2006). Mesleki Müzük Eğitim Alan ve Almayan Lise Öğrencilerinin Benlik Kavramlarının İncelenmesi. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 23, 99-106.
- [249] Pajares, F. and Schunk, D.H. (2001). Self-beliefs and school success: Self efficacy, self concept, and school achievement, R. Riding & S. Rayner (Eds), Perception (pp239-266), London: Ablex Publishing.
- [250] Altun, F. ve Yazici, H. (2013). Ergenlerin Benlik Algılarının Yordayıcıları Olarak: Akademik Öz-Yeterlik İnancı Ve Akademik Başarı. Kastamonu Eğitim Dergisi, 21(1), 145-156.
- [251] Türe, H. (2009). Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sosyal Kaygı Düzeyini Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi. Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
- [252] Eriş, Y. ve İkiz, E. (2013). Ergenlerin Benlik Saygısı Ve Sosyal Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Kişisel Değişkenlerin Etkileri ss. 179-193, Ankara-Turkey
- [253] Ünalın, D., Öztıp, D.B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B. ve Güneş, D. (2009). Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 16(2), 75-81.
- [254] M, Sawyer S. ABC of adolescence: Chronic illness and disability. Br Med j 2005; 330:721-
- [255] Smith, F.M, Latchford, C., Hall, R.M., Dickson, R.A. (2008) Do chronic medical conditions increase the risk of eating disorder? A cross-sectional investigation of eating patho-logy in adolescent females with scoliosis and diabetes. J Adolesc Health;42(11):pp:58-63
- [256] Shafaghi K, Shariff ZM, Taib MNM, Rahman HA, Mobarhan MG, Jabbari H. Parental body mass index is associated with adolescent overweight and obesity in Mashhad, Iran. Asia Pac J Clin Nutr [Internet]. 2014 Jun [cited 2014 Jun 8];23(2):225–231. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24901091>
- [257] Aldaqal SM, Sehlo MG. Self-esteem and quality of life in adolescents with extreme obesity in Saudi Arabia: the effect of weight loss after laparoscopic sleeve gastrectomy. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 2013 Jan [cited 2014 Jun 8];35(3):259–264. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834313000054>
- [258] Büyükşahin, Ç., Atıcı, M. (2009). Lise 3. Sınıf Öğrencilerinin Benlik Saygılarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 6(1), 339-352.

- [259] Govander, K. ve Moodley, K. (2004). Maternal Support And Adolescent Self-Esteem. *Journal of Children and Poverty*, 10(1), 37-52.
- [260] Oktan, V. & Şahin, M. (2010). Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* [Bağlantıda]. 7:2. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>
- [261] Adana, F., Arslantaş, H. ve Şahbaz, M. (2012). Lise Öğrencilerinin Benlik Kavramlarını Algılama Biçimleri ve İlişkili Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(1), 22-29. Doi: 10.5505/phd.2012.00719

EKLER

EK 1:

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma “Adolesanlarda Yeme Tutumu ve Yeme Davranışının, Benlik Kavramı, Kendini Algılama ve Vücut Kitle İndeksi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi” amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın gerçeği yansıtabilmesi için lütfen kendinizi gerçekte olduğu gibi değerlendirmeye çalışınız. Soruların hepsini yanıtlayacağınızı umuyoruz ancak cevaplayamayacağımız soru olursa lütfen boş bırakınız. Bu araştırmadan elde edilen veriler gizli tutulacak, yanıtlarınız bilime **ÖNEMLİ** katkı sağlayacaktır **Katılımınız için teşekkür ederim.**

Öğr. Gör. Aysel Özdemir
Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Anket no:

1. Okulunuzun adı:.....
2. Sınıfınız:.....
3. Bitirdiğiniz yaş:.....
4. Cinsiyetiniz: 1.Kız 2. Erkek
5. Ailenizin geldiği bölge hangisidir? (memleketiniz)
 1.Marmara 5.Akdeniz
 2.Ege 6. Doğu Anadolu
 3.İç Anadolu 7.Güney Doğu Anadolu
 4. Karadeniz
6. Annenizin eğitim düzeyi nedir?
 1.Okur- yazar değil 4.Ortaokul
 2.Okur-yazar 5.Lise
 3.İlkokul 6.Üniversite
7. Babanızın eğitim düzeyi nedir?
 1.Okur- yazar değil 4.Ortaokul
 2.Okur-yazar 5.Lise
 3.İlkokul 6.Üniversite
8. Annenizin mesleği nedir?
 1. Ev hanımı 2.İşçi 3.Memur 4. Serbest Meslek 5.Diğer(Yazınız).....
9. Babanızın mesleği nedir?
 1Çalışmıyor 4.Serbest meslek
 2.İşçi 5.Diğer(Yazınız).....
 3.Memur
10. Sosyal güvenceniz var mı? 1.Evet 2.Hayır
- 11.Ailenizin ortalama aylık geliri nedir?
 1. 773 TL ve daha az 2. 1011 TL -3197 TL 3. 3198 TL'den fazla

12. Her iki ebeveyniniz (anne ve babanız) sağ mı?
 1. Evet 2. Sadece annem sağ 3. Sadece babam sağ
13. Kardeş sayınız? (siz hariç)
14. Evde yaşayan kişi sayısı
15. İçinde yaşadığınız aile tipi hangisine uymaktadır?
 1. Çekirdek Aile (yalnız anne, baba, kardeşler)
 2. Geniş Aile (anne, baba, kardeşler, nine veya dedeler)
 3. Parçalanmış aile (anne ve baba ayrı)
16. Okuldaki başarı durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 1. Zayıf 2. Orta 3. Başarılı 4. Çok başarılı
17. Doğum kilonuzu biliyorsanız yazınız.....
18. Ailenizde şişman kişi var mı (birden çok kişi işaretleyebilirsiniz)
 1. Anne 6. Babaanne
 2. Baba 7. Anneanne
 3. Kardeş 8. Dede
 4. Amca 9. Dayı
 5. Hala 10. Teyze
 11. Diğer
19. Genellikle akşam saat kaçta yatağa gidersiniz?.....
20. Günde ortalama kaç saat uyursunuz?.....
21. Günde ortalama kaç saatinizi TV, bilgisayar vb başında geçirirsiniz?..... saat
22. Genellikle gece uykunuz nasıldır?
 1. Rahatlıkla uyurum 4. Sabah uyandığım da dinlenmiş kalkmam
 2. Uykuya dalmakta sıkıntı yaşıyorum 5. Diğer (açıklayınız).....
 3. Stresli olduğum da uyuyamam
23. Bugüne kadar önemli bir sağlık problemi yaşadınız mı?
 1. Evet (ise yazınız)..... 2. Hayır
24. Bugüne kadar hiç besin takviyeli ilaç kullandınız mı?
 1. Evet (adını yazınız) 2. Hayır 3. Bazen
25. Hangi alışkanlıklara sahipsiniz?
 1. Sigara içiyorum (kaç adet yazınız)
 2. Alkol kullanıyorum (miktarını ve sıklığını yazınız)
 3. Diğer (açıklayınız).....
26. Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz? (tempolu yürüyüş, koşma, futbol, basketbol vb. sporlar dahil)
 1. Evet (ise haftada kaç saat) 2. Hayır 3. Bazen
27. Kişilerarası ilişkilerinizde güçlük yaşadığınız bir alan varsa işaretleyiniz. (**birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.**)
 1. Güçlük çekmiyorum 4. Öğretmenlerimle ilişkilerimde
 2. Aile ilişkilerimde 5. Karşı cinsten arkadaş ilişkilerimde
 3. Arkadaş ilişkilerimde 6. Diğer, belirtiniz.....
28. Kişisel sorunlarınızla ilgili yardıma gereksinim duyduğunuzda kime başvuruyorsunuz?
 1. Anneme 5. Sınıf arkadaşlarıma
 2. Babama 6. Öğretmenime
 3. Aynı cinsten arkadaşşıma 7. Doktoruma
 4. Karşı cinsten arkadaşşıma 8. Diğer, belirtiniz.....
29. Ailenizin size karşı tutumundan nasıl etkileniyorsunuz?
 1. Sıkılıyorum 2. Mutluyum 3. Kızıyorum 4. Değişiyor
30. Ailenizin size karşı yaklaşımını nasıl değerlendiriyorsunuz?
 1. İlgisiz 5. Benim kararlarıma değer veren
 2. Hiç sınır koymayan 6. Sürekli eleştirel yaklaşan
 3. Suçlayıcı davranan 7. Kararlarıma saygı göstermeyen
 4. Aşırı koruyucu tutum sergileyen 8. Diğer, belirtiniz.....
31. Bugüne kadar hiç diyet yaptınız mı? 1. Evet 2. Hayır
32. Düzenli olarak kahvaltı etme alışkanlığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır

33.Düzenli olarak öğle yemeği yer misiniz? 1.Evet 2.Hayır

34.Düzenli olarak akşam yemeği yer misiniz? 1.Evet 2.Hayır

35.Düzenli olarak ara öğün tüketir misiniz?
 1..Evet ise hangilerini Kuşluk İkinci Gece
 2..Hayır 3. Diğer

36.Günde kaç kez bir şeyler yiyorsunuz?(ana ve ara öğünler dahil).....

37.Okul kantininden yemek yiyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır 3.Bazen

38.Kendi kilonuzu hangi sıklıkla kontrol ediyorsunuz?
 1.Hergün 2.Haftada bir 3.15 günde bir 4.Ayda bir 5.Diğer.....

39.Kilo aldığınızı düşündüğünüzde ne yaparsınız?

1.Abur cubur yemem 2.Diyet yaparım 3. İştah kesiciler kullanırım 4.Öğün atlarım
 5.Spor yaparım 6. Diğer.....

40. Ailenizde fiziksel görünümünde zayıf olmaya dikkat eden kişi/kişiler var mı?

1.Annem 1.Evet 2.Hayır
 2.Babam 1.Evet 2.Hayır
 3.Kız Kardeşim 1.Evet 2.Hayır
 3Erkek Kardeşim 1.Evet 2.Hayır

41.Yemek yerken hangilerini yaparsınız?

<input type="checkbox"/> 1.Hızlı yememeye dikkat ederim	<input type="checkbox"/> 1.Evet	<input type="checkbox"/> 2.Hayır
<input type="checkbox"/> 2.Sebze ağırlıklı beslenmeye dikkat ederim	<input type="checkbox"/> 1.Evet	<input type="checkbox"/> 2.Hayır
<input type="checkbox"/> 3.Fazla miktarda yememeye dikkat ederim	<input type="checkbox"/> 1.Evet	<input type="checkbox"/> 2.Hayır
<input type="checkbox"/> 4.Sıvı şeyler içmeye dikkat ederim	<input type="checkbox"/> 1.Evet	<input type="checkbox"/> 2.Hayır
<input type="checkbox"/> 5.Asitli içecekler tüketmemeye dikkat ederim	<input type="checkbox"/> 1.Evet	<input type="checkbox"/> 2.Hayır
<input type="checkbox"/> 6.Fast food beslenmeme dikkat ederim	<input type="checkbox"/> 1.Evet	<input type="checkbox"/> 2.Hayır
<input type="checkbox"/> 7.Çok şekerli gıdalar tüketmemeye dikkat ederim	<input type="checkbox"/> 1.Evet	<input type="checkbox"/> 2.Hayır
<input type="checkbox"/> 8.Unlu, hamur işi vb. yememeye dikkat ederim	<input type="checkbox"/> 1.Evet	<input type="checkbox"/> 2.Hayır
<input type="checkbox"/> 9.Beyaz et ağırlıklı beslenmeye dikkat ederim	<input type="checkbox"/> 1.Evet	<input type="checkbox"/> 2.Hayır
<input type="checkbox"/> 10.Diğer.....		

42.Şuandaki kilonuzu nasıl buluyorsunuz.

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Kilolu buluyorum			
Kilomu normal buluyorum			
Kilo vermek istiyorum			

43.İlk ergenlik belirtilerini kaç yaşınızda başladı(yazınız).....

44.Okulunuz sizin isteyerek seçtiğiniz bir okul mudur?

1.Evet 2.Hayır (Nedenini yazınız.....)

45.Boyunuz.....cm

Kilonuz.....kg

Bel çevreniz.....cm

Kalça çevreniz.....cm

EK:2
YEME TUTUM ENVANTERİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine **X** işareti koyunuz. Örneğin, “**Çikolata yemek hoşuma gider**” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa “**hiçbir zaman**” yazılı kutunun içine **X** işareti koyunuz. Her zaman hoşunuza gidiyorsa “**daima**”nın altını **X** ile işaretleyiniz.

.		Daima	Çok Sık	Sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir
1	Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım						
2	Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem						
3	Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4	Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5	Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6	Aklım fikrim yemektir.						
7	Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8	Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim						
9	Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim						
10	Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım						
11	Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim						
12	Ailem fazla yememi bekler						
13	Yemek yedikten sonra kusarım						
14	Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım						
15	Tek düşüncem daha zayıf olmaktır						
16	Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım						
17	Günde birkaç kere tartılırım						
18	Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım						
19	Et yemekten hoşlanırım.						
20	Sabahları erken uyanırım.						
21	Günlerce aynı yemeği yerim.						
22	Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım						
23	Adetlerim düzenlidir						
24	Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür						
25	Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder						
26	Yemeklerimi yemek başkalarımkinden daha uzun sürer.						
27	Lokantada yemek yemeyi severim						
28	Müşhil kullanırım.						
29	Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30	Diyet (perhiz) yemekleri yerim						
31	Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm						
32	Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim						

33	Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.						
34	Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35	Kabızlıktan yakınırım						
36	Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum						
37	Perhiz (diyet) yaparım						
38	Midemin boş olmasından hoşlanırım						
39	Şekerli, yağlı yiyecekleri denenmekten hoşlanırım						
40	Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir						

EK: 3

PIERS-HARRIS BENLİK KAVRAMI ÖLÇEĞİ

KENDİM HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİM

AÇIKLAMA: Aşağıda 80 cümle var. Bunlardan sizi tanımlayanları **evet**, tanımlamayanları ise **hayır** ile cevaplandırın. Bazı cümlelerde karar vermek zor olabilir. Ama lütfen bütün cümleleri işaretleyin. Aynı cümleyi hem evet hem de hayır diye işaretlemeyin. Unutmayın, cümledeki ifade genellikle sizi anlatıyorsa **evet**, genellikle sizi anlatmıyorsa **hayır**, şeklinde işaretleyeceksiniz. Cümlelerin size uygun olup olmadığını en iyi siz bilebilirsiniz. Bunun için kendinizi gerçekten nasıl görüyorsanız öyle cevaplayın. Cevaplarınızı cevap kağıdına işaretlerken, cümle numarası ile cevap kağıdındaki numaranın aynı olmasına dikkat ediniz. Sorulara lütfen **dürüst** cevap veriniz. Vereceğiniz cevaplar **gizli tutulacak** ve hiç kimseye gösterilmeyecektir. Hepinize şimdiden teşekkürler

	EVET	HAYIR
İyi resim çizerim		
Okul ödevlerimi bitirmem uzun sürer		
Ellerimi kullanmada becerikliyimdir		
Okulda başarılı bir öğrenciyim		
Aile içinde önemli bir yerim vardır		
Sınıf arkadaşlarım benimle alay ediyorlar		
Mutluyum		
Çoğunlukla neşesizim		
Akıllıyım		
Öğretmenler derse kaldırıncaya heyecanlanıyorum		
Dış görünüşüm beni rahatsız eder		
Genellikle çekingenim		
Arkadaş edinmekte güçlük çekiyorum		
Büyüdüğümde önemli bir kimse olacağım		
Aileme sorun yaratıyorum		
Kuvvetli sayılırım		
Sınavlardan önce heyecanlanıyorum		
Okulda terbiyeli uyumlu davranırım		
Herkes tarafından pek sevilen biri değilim		
Parlak fikirlerim vardır		
Genellikle kendi dediklerimin olmasını isterim		
Kolay pes ederim		
Müzikte iyiyim		

Hep kötü şeyler yaparım		
Evde çoğu zaman huysuzluk ederim		
Sınıfta arkadaşlarım beni sayarlar		
Sinirli biriyim		
Gözlerim güzeldir		
Sınıfta derse kalktığımda sıkılmadan anlatırım		
Derslerde sık sık hayal kurarım		
(Kardeşiniz varsa) kardeş(ler)ime sataşırım		
Arkadaşlarım fikirlerimi beğenirler		
Başım sık sık derde girer		
Evde büyüklerimin sözünü dinlerim		
Sık sık üzülür, meraklanırım		
Ailem benden çok fazla şey bekliyor		
Halimden memnunum		
Evde ve okulda pek çok şeyin dışında bırakıldığımı sanıyorum		
Saçlarım güzeldir		
Çoğu zaman okul faaliyetlerine gönüllü olarak katılırım		
Şimdiki halimden çok daha farklı olmayı isterdim		
Geceleri rahat uyurum		
Okuldan hoşlanmıyorum		
Arkadaşlar arasında oyunlara katılmak için bir seçim yapılırken, en son		
Sık sık hasta olurum		
Başkalarına karşı iyi davranmam		
Okuldaki arkadaşlarım iyi fikirlerim olduğunu düşünürler		
Mutsuzum		
Pek çok arkadaşım var		
Neşeliyim		
Pek çok şeye aklım ermez		
Yakışıklıyım (güzelim)		
Hayat dolu bir insanım		
Sık sık kavgaya karışırım		
Erkek arkadaşlarım arasında sevilirim (popülerim)		
Arkadaşlarım bana sık sık sataşır		
Ailem benle düş kırıklığına uğruyor		
Hoş bir yüzüm vardır		
Evde hep benle uğraşırlar		
Oyunlarda ve sporda başı ben çekerim		
Ne zaman bir şey yapmaya kalksam her şey ters gider		
Hareketlerimde sakarım		

Oyunlarda ve sporda, oynama yerine seyrederim		
Öğrendiğimi çabuk unutturum		
Herkesle iyi geçinirim		
Çabuk kızarım		
Kız arkadaşlarım arasında sevilirim (popülerim)		
Çok okurum		
Bir grupla birlikte çalışmaktansa tek başıma çalışmaktan hoşlanırım		
(Kardeşiniz varsa) kardeş(ler)imi severim		
Vücutça güzel sayılırım		
Sık sık korkuya kapılırım		
Her zaman bir şeyler düşünür ve kırarım		
Güvenilir bir kimseyim		
Başkalarından farklıyım		
Kötü şeyler düşünürüm		
Kolay ağlarım		
İyi bir insanım		
İşler hep benim yüzümden ters gider		
Şanslı bir kimseyim		

EK:4

SOSYAL KARŞILAŞTIRMA ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Sizin de bildiğiniz gibi, hepimiz zaman zaman kendimizi diğer insanlarla karşılaştırır ve bazı değerlendirmeler yaparız. Bu değerlendirmeler sonucunda kendimizle ilgili bazı fikirler ediniriz. Sizin de kendinizle ilişkili bazı görüşleriniz mutlaka vardır. Lütfen, aşağıdaki sıfatların her birinde, sizi en iyi yansıtan rakamın üzerine (X) işareti koyunuz.

1-Sol taraftaki boyuta en yakın olmayı ifade eder

6-Sağ taraftaki boyuta en yakın olmayı ifade eder

SOL							SAĞ
1. Yetersiz	1	2	3	4	5	6	Yeterli/Üstün
2. Beceriksiz	1	2	3	4	5	6	Becerikli
3. Başarısız	1	2	3	4	5	6	Başarılı
4. Sevilmeyen biri	1	2	3	4	5	6	Sevilen biri
5. İçe dönük	1	2	3	4	5	6	Dışa dönük
6. Yalnız	1	2	3	4	5	6	Yalnız değil
7. Dışta bırakılmış	1	2	3	4	5	6	Kabul edilmiş
8. Sabırsız	1	2	3	4	5	6	Sabırlı sahibi
11. Korkak	1	2	3	4	5	6	Cesur
12. Kendine güvensiz	1	2	3	4	5	6	Kendine güvenli
13. Çekingen	1	2	3	4	5	6	Atılgan
14. Dağınık	1	2	3	4	5	6	Düzenli
15. Pasif	1	2	3	4	5	6	Aktif
16. Kararsız	1	2	3	4	5	6	Kararlı
17. Antipatik	1	2	3	4	5	6	Sempatik
18. Boyun eğici	1	2	3	4	5	6	Hakkımı arayıcı

EK:5
YAŞA GÖRE BEDEN KİTLE İNDEKSİ(5-19 YAŞ ERKEK-KIZ)-WHO-2007

		Persentil (kg/m2)							Z-skor (kg/m2)				
Yıl	Av	3.	5.	15.	50.	85.	95.	97.	-2SD	-1SD	Medyan	+1SD	+2SD
ERKEK													
5	6	13.1	13.4	14.0	15.3	16.7	17.7	18.1	13.0	14.1	15.3	16.7	18.4
6	0	13.2	13.4	14.0	15.3	16.8	17.9	18.3	13.0	14.1	15.3	16.8	18.5
6	6	13.2	13.4	14.1	15.4	16.9	18.0	18.5	13.1	14.1	15.4	16.9	18.7
7	0	13.3	13.5	14.2	15.5	17.1	18.3	18.8	13.1	14.2	15.5	17.0	19.0
7	6	13.3	13.6	14.3	15.6	17.3	18.5	19.0	13.2	14.3	15.6	17.2	19.3
8	0	13.4	13.7	14.4	15.7	17.5	18.8	19.4	13.3	14.4	15.7	17.4	19.7
8	6	13.5	13.8	14.5	15.9	17.7	19.1	19.7	13.4	14.5	15.9	17.7	20.1
9	0	13.6	13.9	14.6	16.0	18.0	19.5	20.1	13.5	14.6	16.0	17.9	20.5
9	6	13.7	14.0	14.7	16.2	18.3	19.8	20.5	13.6	14.8	16.2	18.2	20.9
10	0	13.9	14.1	14.9	16.4	18.6	20.2	21.0	13.7	14.9	16.4	18.5	21.4
10	6	14.0	14.3	15.1	16.7	18.9	20.7	21.5	13.9	15.1	16.7	18.8	21.9
11	0	14.2	14.5	15.3	16.9	19.3	21.1	22.0	14.1	15.3	16.9	19.2	22.5
11	6	14.4	14.7	15.5	17.2	19.6	21.6	22.5	14.2	15.5	17.2	19.5	23.0
12	0	14.6	14.9	15.7	17.5	20.1	22.1	23.1	14.5	15.8	17.5	19.9	23.6
12	6	14.8	15.1	16.0	17.9	20.5	22.6	23.6	14.7	16.1	17.9	20.4	24.2
13	0	15.1	15.4	16.3	18.2	20.9	23.1	24.2	14.9	16.4	18.2	20.8	24.8
13	6	15.4	15.7	16.6	18.6	21.4	23.7	24.8	15.2	16.7	18.6	21.3	25.3
14	0	15.6	16.0	16.9	19.0	21.9	24.2	25.3	15.5	17.0	19.0	21.8	25.9
14	6	15.9	16.3	17.3	19.4	22.4	24.7	25.8	15.7	17.3	19.4	22.2	26.5
15	0	16.2	16.5	17.6	19.8	22.8	25.2	26.4	16.0	17.6	19.8	22.7	27.0
15	6	16.4	16.8	17.9	20.1	23.2	25.7	26.8	16.3	18.0	20.1	23.1	27.4
16	0	16.7	17.1	18.2	20.5	23.7	26.1	27.3	16.5	18.2	20.5	23.5	27.9
16	6	16.9	17.3	18.5	20.8	24.0	26.5	27.7	16.7	18.5	20.8	23.9	28.3
17	0	17.1	17.5	18.7	21.1	24.4	26.9	28.0	16.9	18.8	21.1	24.3	28.6
17	6	17.3	17.7	18.9	21.4	24.7	27.2	28.4	17.1	19.0	21.4	24.6	29.0
18	0	17.5	17.9	19.2	21.7	25.0	27.5	28.6	17.3	19.2	21.7	24.9	29.2
18	6	17.6	18.1	19.4	22.0	25.3	27.8	28.9	17.4	19.4	22.0	25.2	29.5
19	0	17.8	18.2	19.5	22.2	25.6	28.1	29.1	17.6	19.6	22.2	25.4	29.7
KIZ													
5	6	12.8	13.1	13.8	15.2	17.0	18.2	18.7	12.7	13.9	15.2	16.9	19.0
6	0	12.8	13.1	13.8	15.3	17.1	18.4	18.9	12.7	13.9	15.3	17.0	19.2
6	6	12.8	13.1	13.8	15.3	17.2	18.6	19.2	12.7	13.9	15.3	17.1	19.5
7	0	12.9	13.1	13.9	15.4	17.4	18.8	19.4	12.7	13.9	15.4	17.3	19.8
7	6	12.9	13.2	14.0	15.5	17.6	19.1	19.8	12.8	14.0	15.5	17.5	20.1
8	0	13.0	13.3	14.1	15.7	17.8	19.4	20.2	12.9	14.1	15.7	17.7	20.6
8	6	13.1	13.4	14.2	15.9	18.1	19.8	20.6	13.0	14.3	15.9	18.0	21.0
9	0	13.3	13.6	14.4	16.1	18.4	20.2	21.1	13.1	14.4	16.1	18.3	21.5
9	6	13.4	13.7	14.6	16.3	18.8	20.7	21.6	13.3	14.6	16.3	18.7	22.0
10	0	13.6	13.9	14.8	16.6	19.1	21.1	22.1	13.5	14.8	16.6	19.0	22.6
10	6	13.8	14.1	15.0	16.9	19.5	21.6	22.6	13.7	15.1	16.9	19.4	23.1
11	0	14.0	14.4	15.3	17.2	20.0	22.2	23.2	13.9	15.3	17.2	19.9	23.7
11	6	14.3	14.6	15.6	17.6	20.4	22.7	23.8	14.1	15.6	17.6	20.3	24.3
12	0	14.6	14.9	15.9	18.0	20.9	23.3	24.4	14.4	16.0	18.0	20.8	25.0
12	6	14.8	15.2	16.2	18.4	21.4	23.9	25.0	14.7	16.3	18.4	21.3	25.6
13	0	15.1	15.5	16.5	18.8	21.9	24.4	25.6	14.9	16.6	18.8	21.8	26.2
13	6	15.4	15.8	16.9	19.2	22.4	25.0	26.1	15.2	16.9	19.2	22.3	26.8
14	0	15.6	16.0	17.2	19.6	22.9	25.5	26.7	15.4	17.2	19.6	22.7	27.3
14	6	15.9	16.3	17.4	19.9	23.3	25.9	27.1	15.7	17.5	19.9	23.1	27.8
15	0	16.1	16.5	17.7	20.2	23.7	26.3	27.6	15.9	17.8	20.2	23.5	28.2
15	6	16.2	16.7	17.9	20.5	24.0	26.7	27.9	16.0	18.0	20.5	23.8	28.6
16	0	16.4	16.8	18.1	20.7	24.2	27.0	28.2	16.2	18.2	20.7	24.1	28.9
16	6	16.5	16.9	18.2	20.9	24.5	27.2	28.4	16.3	18.3	20.9	24.3	29.1
17	0	16.6	17.0	18.3	21.0	24.7	27.4	28.6	16.4	18.4	21.0	24.5	29.3
17	6	16.6	17.1	18.4	21.2	24.8	27.5	28.8	16.4	18.5	21.2	24.6	29.4
18	0	16.7	17.1	18.5	21.3	24.9	27.7	28.9	16.4	18.6	21.3	24.8	29.5
18	6	16.7	17.2	18.5	21.3	25.0	27.7	29.0	16.5	18.6	21.3	24.9	29.6
19	0	16.7	17.2	18.6	21.4	25.1	27.8	29.0	16.5	18.7	21.4	25.0	29.7

Kaynak: WHO Multicentre Growth Reference Study Group. 2007.

EK 6: CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM
DALI ONAYI

EK 7: BURSA İLİ İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 86896125/605.01/2234256
Konu: Aysel ÖZDEMİR'in
Araştırma İzni

28/08/2013

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğüne)

İlgi : a) M.E.B. Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlik İzinleri konulu 07/03/2012 tarihli ve 2012/13 sayılı Genelgesi
b) 06/08/2013 tarih ve 1019 sayılı yazınız.

Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü Öğretim Görevlisi Aysel ÖZDEMİR'in "Adölesanlarda Vücut Kütle Endeksi ile Yeme Davranışı Bozukluğuna, Benlik Kavramı ve Kendini Algılama Arasındaki İlişkiler" konusunda tez çalışması isteği ile ilgili onay örneği ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi, ilgilinin çalışmasının tamamlanmasından sonra İl Millî Eğitim Müdürlüğümüze çalışmanın sonucu ile ilgili bilgi verilmesini arz ederim.

Mustafa SEVİNÇ
Müdür a.
Millî Eğitim Müdür Yardımcısı

EK:
1-Valilik Onayı (1 Sayfa)
2-Formlar (11 sayfa)

Murat TEMURÇİN
Müdür
Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır.
28.08.2013

Bu belge, 5078 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5 inci maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrak tıyidi <http://cvrva.sagga.meb.gov.tr> adresinden 0689-9aB-30a5-b30b-3706 kodu ile yapılabilir.

Yeni Bükömet Konağı A Blok 16050 Osmangazi/BURSA
Elektronik Ağı: www.bursameb.gov.tr
e-posta: argel16@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: Hala KORKMAZ Şube Müdürü
Tel: (0 224) 256 70 00
Faks: (0 224) 256 66 80



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 86896125/605.01/2217084
Konu: Aysel ÖZDEMİR'in Araştırma İzni

27/08/2013

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : M.E.B. Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlik İzinleri konulu 07/03/2012 tarihli ve 2012/13 sayılı Genelgesi.

Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü Öğretim Görevlisi Aysel ÖZDEMİR'in "Adölesanlarda Vücut Kitle Endeksi ile Yeme Davranışı Bozukluğu, Benlik Kavramı ve Kendini Algılama Arasındaki İlişkiler" konusunda tez çalışması isteği Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'nün 06/08/2013 tarih ve 1019 sayılı yazısı ile bildirilmektedir.

Millî Eğitim Bakanlığına bağlı her tür ve derecedeki okul ve kurumlarda Üniversitelerin, sivil toplum kuruluşlarının ve araştırmacıların yapacakları araştırma faaliyetleri kapsamında verilerin toplanması ile ilgili izin talepleri ile ilgili uygulama esasları ilgi Genelgede belirtildiğinden, Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü Öğretim Görevlisi Aysel ÖZDEMİR'in "Adölesanlarda Vücut Kitle Endeksi ile Yeme Davranışı Bozukluğu, Benlik Kavramı ve Kendini Algılama Arasındaki İlişkiler" konusunda ilimiz Nilüfer İlçesi Nilüfer Görükle Kız Teknik ve Meslek Lisesi, Nilüfer Nur-Hayati Kurtcan Ticaret Meslek Lisesi, Nilüfer Anadolu İmam Hatip Lisesi, Zeki Müren Güzel Sanatlar Spor Lisesi, Ali Karasu Anadolu Lisesi ve Osmangazi İlçesi Bursa Anadolu Lisesi, Bursa Ali Osman Sönmez Fen Lisesi, BTSO Ali Osman Sönmez Sosyal Bilimler Lisesi ve Yıldırım İlçesi Bursa Anadolu Sağlık Meslek Lisesi'nde tez çalışması ilimizde oluşturulan "Araştırma Değerlendirme Komisyonu" tarafından incelenerek değerlendirilmesi sonucunda, araştırma ile ilgili çalışmanın okullardaki eğitim öğretim faaliyetleri aksatılmadan, Öğretmen ve öğrenci görüşme formları aklı okul müdürlüklerince görüldükçe, gönüllülük esası ile okul müdürlüklerinin gözetim ve sorumluluğunda ilgi Genelge çerçevesinde uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Anılla GÜLSAR
İl Millî Eğitim Müdürü

OLUR
27/08/2013

Eyüp Sabri KARTAL
Vali a.
Vali Yardımcısı

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5 inci maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Hükümet Konağı A Blok 16050 Osmangazi/BURSA
Elektronik Adı: www.bursameb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: Halis KORKMAZ Şube Müdürü
Tel: (0 224) 256 79 00
Faks: (0 224) 256 66 80

EK 8: ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU





BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN ADI	Lise öğrencilerinin vücut kitle indeksi ile yeme davranışı bozukluğu, benlik kavramı ve kendini algılama arasındaki ilişki
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI ADI SOYADI	Prof.Dr.Gülay Kopoğlu
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI	Öğr.Gör.Aysel Özdemir –UU Sağlık Yüksekokulu
	DESTEKLEYİCİ	-
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	Antropometrik ölçümlere dayalı olarak yapılan araştırma/ yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi ile ilgili araştırma/ anket çalışması
	ARAŞTIRMANIN YAPILIS AMACI	Doktora tez çalışması
ARAŞTIRMANIN TAHMİNİ SÜRESİ	1 yıl	
KATILACAK GÖNÜLLÜ SAYISI	936	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı			Tarih	Dil
		Araştırma başvuru ön yazısı		13.08.2013	Türkçe
		GİRİŞİMSEL OYUNMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU		09.08.2013	Türkçe
		BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		-	Türkçe
		ANKET FORMLARI		-	Türkçe
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAHHÜTNAME FORMU		09.08.2013	Türkçe	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2013-18/1	Tarih : 05 Kasım 2013
	<p>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Gülay Kopoğlu'nun sorumluluğunda yürütülmesi planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvurusu ile ilgili toplantıya katılan çalışmanın yardımcı araştırmacısı Öğr.Gör.Aysel Özdemir'den çalışma ile ilgili sözlü bilgiler alındı. Araştırmaya ait başvuru dosyası, ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak tekrar incelenmesi sonucunda:</p> <p>1- Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna.</p> <p>2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik Kurul kağıdı bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına.</p> <p>3- Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine.</p> <p>4- Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.</p>	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İli Klinik Uygulamalar Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI ADI SOYADI	Prof.Dr. Mine Sibel GÜRÜN					
ÜYELER						
Unvanı / Adı / Soyadı / Etik Örneği	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	Araştırma ile İlgili	Kabini (*)	İmza
Prof. Dr. Mine Sibel GÜRÜN Başkan	Farmakoloji	U.D.T.F. Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji AD.	K	D E ■ H	D E ■ H	İznil

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan/Yardımcısı/ Başk. Vek.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Nevdet KARLI Raportör	Nöroloji	U.Ü.T.F. Nöroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAÇAN MOĞOL Üye	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Raportör
Doç.Dr.Emel İRGİL Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Tuna GÜLTEN Üye	Tıbbi Genetik	U.Ü.T.F. Tıbbi Genetik AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Fevri YURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü. Hukuk Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Görevli
Yrd.Doç.Dr.Engin SAĞDİLER Üye	Biyoetik	U.Ü.T.F. Biyoetik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Şerif ERER Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uz.Dr. Serhat YALÇINKAYA Üye	Göğüs-Cerrahisi	Bursa Yüksek İhtisas EAH Göğüs Cerrahisi Kliniği	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uz.Dr. Kağan HUYSAI Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz.Zeynep Gözde SÖZER Üye	Eczacı	UÜ-SUAM	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ahmet GÖREN Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serhat Meslek	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Toplantıda Bulunma

EK 9: BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU



C. Ü. TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Lise Öğrencilerinin Vücut Kitle İndeksi ile Yeme Davranışı Bozukluğu, Benlik Kavramı ve Kendini Algılama Arasındaki İlişkiler”dir. Bu araştırmanın amacı, lise öğrencilerinde vücut kitle indeksi ile yeme davranışı bozukluğu, benlik kavramı, kendini algılama arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesidir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Size sosyodemografik bilgi formu ve Çalışmada veri toplama aracı olarak ; **Yeme Tutum Envanteri** (EAT 40, Eating Attitude Test-40), **Pier-Harris çocuklar için Öz Benlik Kavramı Ölçeği** ve **Sosyal Karşılaştırma Ölçeği** kullanılacaktır. Bu ölçekler size verilecek ve doldurmanız istenecektir. Formları doldurmanız 20-30 dk sürecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermek ve sonuçlarını zamanında araştırmacıya ulaştırmaktır. Araştırma hakkında bilgi almak istediğiniz her konuda araştırmacılara soru sorabilirsiniz. Araştırma dokuz farklı lisede 936 kişiye uygulanacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:Aysel Özdemir

Görevi:Öğretim Görevlisi

Adresi:Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Görükle/BURSA

Tel.-Faks: :02242942472 -02242942451

Tarih ve İmza:09.09.2013