



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ADÖLESANLARIN YEME TUTUMLARI, SINAV KAYGISI
VE DEPRESYON YÖNÜNDEN İNCELENMESİ**

HATİCE KÜBRA YILMAZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK

DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. ZEYNEP KOÇ ÖZERSON

İSTANBUL – 2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Hatice Kübra YILMAZ tarafından hazırlanan “Adölesan Yeme Tutumları, Sınav Kaygısı ve Depresyon Yönünden İncelenmesi” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 05.06.2015

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Zeynep ÖZERSON
: Haliç Üniv./Danışmanı

.....


Jüri Üyesi : Prof.Dr.Yasemin BEYHAN
: Haliç Üniv.

.....


Jüri Üyesi : Prof.Dr.Bedia AYHAN ÖZYILDIRIM
: İst. Üniv.

.....


Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

.....


Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitim hayatım boyunca bana büyük katkı ve emekleri olan, ilgi, bilgi ve deneyimlerini aktaran, en iyi şekilde yetişmemi sağlayan Haliç Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyelerine,

Tez çalışmamın planlaması, yürütülmesi ve değerlendirilmesinde bana yol gösterici ve destek olan, her koşulda yardımını, sabrını, nazikliğini ve güler yüzlülüğünü esirgemeyen tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Zeynep KOÇ ÖZERSON'a,

Tezimin ve hayatımın her aşamasında yanımda olan, sevgilerini, yardımlarını benden asla esirgemeyen aileme,

Tez çalışmamın gerçekleşme aşamasında katkıda bulunup her türlü desteği sağlayan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İyi ki varsınız. Bana ve yaptığım bu çalışmaya doğrudan veya dolaylı katkılarınız için çok teşekkür ederim.

Dyt. H. Kübra YILMAZ

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. KISALTMALAR	IV
IV. TABLOLAR	V
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1 Adölesan Dönem	5
4.1.1. Orta Ergenlik	7
4.2. Adölesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Gelişme	7
4.3. Adölesan Dönemde Ruhsal Süreçler	8
4.3.1. Adölesan Dönemde Depresyon	9
4.3.2. Adölesan Dönemde Kaygı	12
4.3.3. Adölesan Dönemde Beden Algısı	13
4.4. Adölesan Dönemde Beslenme Durumu ve Beslenme Alışkanlıkları	13
4.5 Adölesanların Beslenme Alışkanlıklarının Kaygı ve Depresyon ile İlişkisi	17
4.6. Adölesan Dönemde En Sık Görülen Sağlık Sorunları	18
4.6.1. Obezite	19
4.6.2. Yeme Bozuklukları	21
4.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	22
5. GEREÇ ve YÖNTEM	24
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	24
5.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı, Evreni ve Örnekleme	24
5.3. Veri Toplama Araçları	24
5.3.1 Anket Formu	24
5.3.2 Çocuklarda Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)	25
5.3.3 Sınav Kaygı Ölçeği	26
5.4. Araştırma Verilerin Değerlendirilmesi	26

6.BULGULAR	27
7. TARTIŞMA	57
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	65
9. KAYNAKLAR	67
10.EKLER	78
EK 1: Kişisel Bilgi Formu	78
EK 2: Çocuklarda Depresyon Ölçeği	82
EK 3: Sınav Kaygı Ölçeği	87
EK 4: Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu	88
EK 5: İzin Dilekçesi-1	89
EK 6: İzin Dilekçesi-2	90
EK 7: Etik Kurul Onayı	91
11. ÖZGEÇMİŞ	93

III. KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

YB: Yeme Bozuklukları

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

ÇDÖ: Çocuklarda Depresyon Ölçeği

P: Anlamlılık Değeri

df: Serbestlik Derecesi

ss: Standart Sapma

N: Örneklem Sayısı

kg: Kilogram

IV. TABLOLAR

Tablo 4.1 Adölesanlarda Diyetle Alınması Önerilen Besin Oranları	14
Tablo 4.2 Adölesanlarda Nutrisyonel Risk Faktörleri ve İlişkili Sağlık Problemleri	19
Tablo 6.1: Demografik Değişkenler	27
Tablo 6.2: Anne-Baba Eğitim Durumları ve Meslekleri	28
Tablo 6.3: Besin Tüketiminde Dikkat Edilenler	28
Tablo 6.4: Sağlıklı Beslenme Hakkında Bilgi Kaynakları	29
Tablo 6.5: Kahvaltı Yapma Durumu	30
Tablo 6.6: Öğünlerin Değerlendirilmesi	31
Tablo 6.7: Ara Öğünlerin Değerlendirilmesi	31
Tablo 6.8: Düzenli olarak ara öğün tüketmeme nedeni	32
Tablo 6.9: Öğün atlama durumu ve atlanılan öğün	33
Tablo 6.10: Öğün saatleri düzeni	33
Tablo 6.11: Yemek yeme alışkanlıklarının değerlendirilmesi	34
Tablo 6.12: Günlük sıvı tüketimi (su-çay-kahve-neskafe)	35
Tablo 6.13: Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanları tanımlayıcı istatistikleri	36
Tablo 6.14: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanları normallik analizleri	36
Tablo 6.15: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanları arasındaki ilişki	37
Tablo 6.16: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	38
Tablo 6.17: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının yaşa göre karşılaştırılması	39
Tablo 6.18: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının annenin eğitim durumuna göre karşılaştırılması	40

Tablo 6.19: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının babanın eğitim durumuna göre karşılaştırılması	42
Tablo 6.20: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının düzenli kahvaltı yapma durumuna göre karşılaştırılması	44
Tablo 6.21: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının öğün atlama durumuna göre karşılaştırılması	45
Tablo 6.22: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının dışarıda yeme sıklığına göre karşılaştırılması	46
Tablo 6.23: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının akşam yemekten sonra yeme/içme alışkanlığına göre karşılaştırılması	48
Tablo 6.24: Vitamin- mineral alımı	49
Tablo 6.25: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının vitamin mineral alma durumuna göre karşılaştırılması	49
Tablo 6.26: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının uyku süresine göre karşılaştırılması	51
Tablo 6.27: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının vücut kitle indeksi ile ilişkileri	52
Tablo 6.28: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının sıvı tüketim miktarları ile ilişkileri	53
Tablo 6.29: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının ara öğünde çikolata tüketmesine göre karşılaştırılması	54
Tablo 6.30: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının Şekerli besinler, Çikolata-Gofret, Tatlı ve Börek-Çörek tüketim sıklıkları ile ilişkileri	55
Tablo 6.31: Besin tüketim sıklığı	56

1. ÖZET

Bu çalışmada adölesanların beslenme alışkanlıkları ile sınav kaygısı ve depresyon arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Isparta ilmerkezinde bulunan iki devlet lisesinde eğitimine devam eden 16-18 yaş arası, 47 kız, 53 erkek olmak üzere toplam 100 öğrenciden oluşmuştur. Veri toplama aşamasında, katılımcıları tanımak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu”, “Çocuklarda Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)”, “Sınav Kaygısı Ölçeği” kullanılmıştır. Bu ölçekler araştırma öncesinde kurumdan izin ve öğrencilerden sözel onam alınarak, öğrencilere bir ders saati içerisinde arka arkaya uygulanmıştır. Toplanan verilerin dağılımına uygun olarak SPSS 20.0 programındaki frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde gibi betimsel istatistiklerden faydalanılmış, Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis testleri kullanılarak, ilişki analizlerinde ise Spearman's rho korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Araştırma bulgularına göre; depresyon ve sınav kaygısı düzeylerini, cinsiyet, VKİ, öğün atlama, kahvaltı düzenleri değişkenleri ile ayrı ayrı karşılaştırdığımızda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p<0,05$). Ara öğünde çikolata tüketimi ve şekerli besinler, çikolata-gofret, tatlı-börek-çörek tüketim sıklıkları ile sınav kaygısı arasında pozitif doğrusal anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$), fakat bu değişkenler ile depresyon arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca, depresyon ile sınav kaygısı düzeyleri arasında da pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,01$). Ancak, depresyon ve sınav kaygısı düzeylerini, yaş ve uyku süresi değişkenleri ile karşılaştırdığımızda anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Çocuk ve adölesanlar, beslenme ve ruh sağlığı açısından sağlıklı olmaları için, uzmanların desteği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıklı beslenme konusunda teşvik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, beslenme alışkanlıkları, depresyon, sınav kaygısı

2.SUMMARY

Investigation on Adolescents in Relation to Eating Attitudes, Exam Anxiety and Depression

In this study the relationship between eating habits of adolescents and exam anxiety and depression was researched. The research sample consisted of a total of 100 students (47 girls and 53 boys) continued their education at the two state high schools located in Isparta and are between 16-18 ages. During data collection, to identify the participants the "Personal Information Form", "Children's Depression Scale (CDS)," "Exam Anxiety Scale" which were prepared by the researcher are used. These scales were administered to the students in succession in one lesson with the permission of the institutions and the verbal confirmation of the students that were taken before the research. In accordance with the distribution of the collected data, the obtained data was analyzed using descriptive statistics such as mean, standard deviation and percentage in the SPSS 20.0 software. Spearman's rho correlation coefficient was calculated with correlation analysis by using Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis tests. According to research findings; when we compared the individuals' test anxiety and depression levels with gender, BMI, skipping meals, breakfast habit as a snack variables statistically significant differences were found. A significant positive linear correlation ($p < 0,05$) was determined between exam anxiety and frequent consumption of chocolate and confectionary foods, chocolate wafer, sweet-pie-bun during snack time. But, relationship between these variables and depression was not found ($p > 0,05$). In addition, there is a statistically significant positive relationship between exam anxiety and depression levels. However, when we compared the level of exam anxiety and depression with age, sleeps duration variables; there was no significant difference. For the health of children and adolescents in terms of nutrition and mental health, they should be encouraged for healthy lifestyle and behaviour and healthy eating with the support of experts.

Keywords: Adolescent, eating habits, depression, exam anxiety

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Adölesan dönemi insanda büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu, çocukluktan erişkinliğe geçişi kapsayan özel bir dönemdir. Bu dönemde adölesanlar yalnızca fiziksel olarak değil, bilişsel ve psikososyal yönden de gelişimlerini sürdürmektedirler. Gençler; kimlik arayışı içindedir, bağımsız olmaya, kabul görmeye çabalar ve dış görünüşleri ile fazla ilgilidirler (1). Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerji ve besin öğelerinden her birini yeterli miktarda sağlayacak olan besinleri besin değerini yitirmeden, sağlığı bozucu hale getirmeden en ekonomik şekilde almak ve kullanmaktır (2).

Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmak ve sağlığı devam ettirmek yeterli ve dengeli beslenme ile mümkündür (3). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları genellikle adölesan dönemde kazanılır veya yeniden şekillendirilir (4). Sağlıksız beslenme alışkanlıkları da bu dönemde görülen riskli davranışlardandır (5). Adölesanların beslenme durumları birçok faktörden etkilenmektedir. Adölesanların çoğu görünümü ve vücut ağırlıkları konusunda aşırı duyarlı olup, genelde kız çocukları kilo vermeyi, erkek çocukları ise daha fazla kas kitlesine sahip olmayı ve kilo almayı istemektedir (6). Onların bu konudaki kendi bedenleri ile ilgili düşünceleri, algıları, genetik faktörleri, yaşam tarzları, alışkanlıkları vb. kişilerin sağlıklı ya da sağlıksız davranışı seçmelerini etkileyen faktörlerdendir (5).

İnsanların beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzları sağlık, morbidite ve mortalite üzerine etkilidir. Kötü beslenme alışkanlıkları, stres ve depresyon semptomları ile ilişkili ise, ruh sağlığı durumları da sağlıklı gıdalar ve tam tersi gıdaların tüketimi ile ilişkilendirilebilir. Bu nedenle, ruh sağlığı göstergelerini (örneğin algılanan stres ve depresif semptomlar gibi) ve beslenme alışkanlıklarını birlikte değerlendirmek gereklidir (7).

Adölesanların yeme bozukluklarının etiyolojisinde; aile içi sorunlar, ailede yeme bozuklukların mevcudiyeti, düşük benlik saygısı, obezite, kilo ve yemek ile uğraşlar, cinselliğin kabulü, ergenlik problemleri, sosyo-kültürel normlar, cinsel travma, biyolojik ve genetik etmenlerle açıklanan yaklaşımlar yer almaktadır (8).

Sosyal fobi, panik bozukluğu, madde kullanımı, major depresyon ve yeme bozukluklarının başlangıcı, genellikle adölesan döneminde gözlenmektedir. Bu nedenle okul yıllarında her sekiz ya da on çocuktan birinin davranış veya psikoloji problemleri yaşadığı ifade edilir (9).

Beslenme bozuklukları sonucunda; obezite, yüksek tansiyon, kalp-damar hastalıkları vb. fiziksel sağlık sorunlarının görülme sıklığı artmış ve beraberinde beslenmenin psikolojik yönünün daha fazla ele alınması gerekliliğini doğurmuştur. Çünkü beslenmenin, fizyolojik yönü kadar psikolojik yönü de vardır (10).

Organizma bir bütün olduğu; ruh ve beden birbirleriyle iç içe olduğu için ruhsal durumdaki değişmeler, doğal olarak bedensel işlevleri de etkilemektedir. Bireyde ruhsal durum ve yeme davranışı arasında karşılıklı bir etkileşim bulunduğu ve yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre kabul edilmektedir (11).

Beslenme alışkanlıklarını bilmek ve bunların ekonomik, sosyo-demografik faktörler ve sağlık ile olan ilişkilerini saptamak, beslenme alışkanlıklarının neden ve sonuçlarını anlamada yol gösterici olmaktadır. Adölesanların beslenme eğilimlerinin tespiti, erişkin dönemde beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi ve uygunsuz beslenmenin yol açabileceği muhtemel bozuklukların önlenmesi açısından önemlidir (12).

Bu araştırma, adölesanların beslenme alışkanlıkları ile sınav kaygısı ve depresyon arasındaki ilişki durumunu saptamak ve bunun sonucunda oluşacak riskli durumları belirlemek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

4. GENEL BİLGİLER

4.1 Adölesan Dönemi Özellikleri

Anna Freud 1950'li yıllarda adölesan dönemini “fırtına ve stres” olarak tanımlamış, bu dönemin bir çelişkiler dönemi olduğunu söylemiştir. Adölesanların bir yandan kendilerini kainatın merkezi olarak gördüklerini bir yandan da hayatın her döneminden daha fazla bağlanma ve kendilerini feda etme dürtüsüne sahip olduklarını, bir yandan tutkulu sevgi ilişkileri yaşayıp sonra birden bu ilişkiyi bırakabildiklerini, bir yandan kendilerini toplum yaşamının içine istekle atarken bir yandan yalnızlığa özlem duyduklarını, seçtikleri bir otoriteye körü körüne bağlanmakla her türlü otoriteye karşı çıkma arasında gidip geldiklerini, bazen diğer insanlara kaba ve düşüncesizce davranıp kendileri söz konusu olduğunda son derece hassas olduklarını, duygularının iyimserlikle kötümserlik arasında gidip geldiğini söylemiştir (13).

Erik Erikson'a göre de adölesan dönem bir normatif kriz dönemidir. Adölesanlar geçmiş deneyimleri bütünleştirme, “ben kimim” sorusuna yanıt arama, sağlam bir kişisel kimlik duygusuna ulaşma çabası içindedirler. Erikson gencin “sosyal geçerliliği olan bir kendilik teorisi” oluşturmasının önemini vurgular. Yani genç kendisinin nasıl bir insan olduğuna ilişkin kuramlar geliştirir, bu kuramları dener, değiştirir, bu kuramlarına uygun davranışlar geliştirmeye çalışır (14).

Edith Jacobson ise adölesan döneminin anne babadan ayrılma, bireyleşme dönemi oluşunun önemini vurgularken ruhsal yapı içerisinde ortaya çıkan çatışmanın çözümünde ego ideali gelişimini vurgulamış, ego ideali gelişimi ile birlikte gencin kendi dünya görüşünü oluşturmasının ayrışma sürecinin ortaya çıkardığı yas benzeri tablonun çözümünde anahtar rolü oynadığını söylemiştir (15).

Yirminci yüzyılın başında, bu konuda yayınladığı iki ciltlik “Adolescence” kitabı ile Hall, adölesan dönem konusunda bilimsel çalışmaların öncülüğünü yapmıştır. Hall'a göre adölesan döneminin tipik özelliği “fırtınalı” ve “stresli” olmasıdır (16). Kimlik krizlerinin sıklıkla yaşandığı bu dönemde, yetişkinlik hazırlığı gibi kabul edilmekte, çözümlenmemiş krizlerin yetişkinliğe taşınması eğilimini arttırmaktadır (17).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); 10-19 yaş grubunu adölesan dönem, 20-24 arasını gençlik dönemi ve 10-24 yaş grubunu ise genç insanlar olarak tanımlamaktadır. Dünya nüfusunun % 17.5 kadarının 15-24 yaş grubunda olduğu tahmin edilmektedir. Devlet

İstatistik Enstitüsü tarafından yapılan 1990 yılı sayım sonuçlarına göre ülkemizde 10-19 yaş grubu nüfus 13.107.868 olup, toplam nüfus içindeki payı % 23.2'dir (18).

Adölesan dönemi insanda büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu, çocukluktan erişkinliğe geçişi kapsayan özel bir dönemdir (19). Bu dönemde adölesanlar yalnızca fiziksel olarak değil, bilişsel ve psikososyal yönden de hızlı bir gelişim yaşayarak erişkinliğe ve gelecekteki rollerine hazırlanırlar (20). Ayrıca bu dönemde adölesanlar; kimlik arayışı içindedir, bağımsız olmaya, kabul görmeye çabalar ve dış görünüşü ile fazlaca ilgilidir (21).

Adölesanların genel özelliklerine bakıldığında öncelikler arasına alınması gereken bir grup olduğu açıkça görülmektedir:

- Adölesanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden sağlık düzeyleri ile gelişimleri ve risk grupları bilinmemektedir,
- Yetişkinler (aile, öğretmen, kamu görevlileri ve işverenler) adölesanlar hakkında yeterli bilgiye sahip değildir,
- Adölesanlara hizmet veren birimler arası iletişimde sorunlar vardır,
- Adölesanlarla ilgili istatistiksel bilgiler yetersizdir. Veri toplama sistemi, adölesanlarla ilgili bilgi toplamaya uygun değildir,
- Adölesanlara yönelik danışmanlık ve hizmet sunan birimler yetersizdir, sahada çalışan personel adölesana yaklaşım hakkında yeterince bilgi sahibi değildir,
- Adölesan konusunda yetişmiş sağlık çalışanı azdır. Sağlık personeli yetiştiren üniversitelerde de adölesana yönelik özel uzmanlık eğitimleri sayıca yetersizdir,
- Adölesanların çoğunda ciddi sonuçlar doğurabilecek sağlıksız davranışlar bulunmaktadır,
- Adölesanların çoğu risk altında olduğunun farkında değildir,
- Pek çok genç sağlıklarını tehlikeye sokacak “bazı kişisel davranış tiplerine” sahiptir,
- Riskli davranışlarda bulunma yaşı, eski kuşaklara göre daha erken yaşlarda başlamaktadır,

Bu dönemlerde adölesanların tutum ve davranışı toplumun kültür yapısı, ailenin sosyo-ekonomik yapısı ve anne-babanın eğitim düzeyleri ile yakından ilgilidir ve bu birçok adölesanda bireysel farklılıkları beraberinde getirmektedir (22).

Adölesan dönemde çok önemli fiziksel ve psikososyal değişimler görülür. Dinamik olan hormonal değişimler fiziksel büyüme ve pubertal değişimlere neden olmaktadır (18).

Öte yandan adölesanlara yönelik sağlık istatistikleri alarm vermektedir. Literatürde, adölesanların sigara ve alkol kullanma durumlarının arttığı, intiharların genç ölümleri arasında ikinci sırada yer aldığı ve giderek arttığı, beslenme ve obezite sorunlarının en önemli sorunlar arasında bulunduğu, cinsel sorunların yoğun yaşandığı; bunlara ek olarak duygusal, sosyal sorunlar, aile içi çatışma ve davranış bozuklukları gibi ciddi sorunları bulunduğu ifade edilmektedir. Oysa, sağlık açısından en önemli ulusal başarı göstergelerinden biri, o ülkenin gençlerinin iyilik hali ve sağlık düzeyi göstergeleridir (23).

4.1.1 Orta Ergenlik

Adölesan dönemi; çocukluktan yetişkinliğe geçişte büyüme ve gelişmenin çok hızlı olduğu, bilişsel ve psikososyal gelişme ile devam eden önemli bir süreçtir (24).

Adölesan dönemi 3 evrede ele alındığında; 12-14 yaş ergenliğin başlangıç evresi, 14-18 yaş orta ergenlik ve 18 yaş ise geç ergenlik dönemi olarak kabul edilmektedir (25).

Orta ergenlik dönemi, 15-18 yaşlar arasındaki dönemdir. Bu dönemde anne babadan ayrışma, farklı bir birey olma ve bu durumu anne babaya da kabul ettirme çabaları yoğunudur. Anne babadan ayrışma ve bireyleşme süreci içinde ergenlerin duygusal olarak kendilerini ana babalarından uzak tutma çabaları, duygusal yatırımlarını özellikle karşı cins olmak üzere akran ilişkileri üzerine yapmaları, riskleri olduğundan az görmeleri, kendilerini her şeyi yapabilir olarak algılamaları ve otonomi istemeleri anne babalarla çatışmaya neden olur. Duygusal özerklik hem bireyselleşmenin hem de duygusal yakınlığın desteklendiği koşullarda en iyi şekilde gelişmektedir. Ergenler çoğu zaman kendilerini akranlarının gözlerinden görürler ve görünüm, giyim tarzı ve davranışlarının akranları tarafından onaylanmaması benlik saygılarında azalmaya neden olabilir. Ancak çok yakın ilişkiler bağımsızlığı kaybetme tehdidi içerdiğinden ilişkilerdeki sınır bu yaş grubundaki ergenler için önemli kaygı kaynağıdır. Akran ilişkilerinde ve duygusal deneyimlerde artış ile birlikte iç yaşantıları inceleme gereksinimi ve günlük tutma yaygındır (26).

4.2 Adölesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Gelişme

Adölesan gelişme çağı, fiziksel ve psikolojik değişikliklerle karakterize olmuş, bebeklik çağından sonraki ikinci hızlı gelişmenin olduğu bir dönemdir. Kadın ve erkekte cinsiyet

hormonlarının salgılanması ve buna bağı olarak cinse özel bulguların ortaya çıkması puberte olarak tanımlanmaktadır. Pubertede salgılanan cinsiyet hormonları adolesanin cinsel ve duygusal davranışlarında değişikliklere neden olmaktadır. Genel olarak kızlar 10-11 ve erkekler ise 12 yaşı dolayında adölesan döneme girerler. Kızlar erkeklerden ortalama iki yıl önce bu döneme girerler ve bu dönemden erkeklerden ortalama iki yıl önce çıkarlar (18).

Yetişkinlik dönemi boy uzunluğunun %15'i, vücut ağırlığının %50'si bu dönemde kazanılır (27). Kızlarda boy uzama atağı 12-13 yaşları arasında iken, erkeklerde 14-15 yaşlarında olmaktadır. Kızlardaki en hızlı boy uzaması menarş öncesinde olmaktadır ve menarştan sonra boy uzaması kızlarda yavaşlamaktadır. Kadınlık hormonu olan östrojen büyüme kıkırdağını, erkeklik hormonu testosterona göre daha hızlı kapatmaktadır. Bu nedenle erkeklerde boy uzaması 19-20 yaşlarına kadar sürebilirken; kızlarda menarştan sonraki birkaç yıl içinde büyüme durmaktadır (18).

Büyüme sürecinde vücuttaki yağ, su ve hormon miktarlarında değişiklikler olur. Tüm bu değişiklikler ve hızlı büyüme nedeni ile enerji ve besin öğelerine olan gereksinim de artar (27).

Yağsız doku kütleindeki artış erkeklerde ağırlık artışı ile paraleldir, kızlarda ise ağırlık artışı daha çok vücut yağ kütleindedir. Vücut yağ yüzdesi; genç erkeklerde %12-13, kızlarda %20-26'dır. Kızlarda yağ yüzdesinin %30 ve üzeri, erkeklerde ise yağ yüzdesinin %20 ve üzeri şişmanlığın göstergesidir. Bu nedenle her ağırlık fazlalığı şişmanlık olarak değerlendirilmemelidir. Ağırlığı yaşına veya boyuna göre fazla olan çocuk ve gençlerin vücut yağ yüzdesi ayrıca hesaplanmalıdır (28).

4.3 Adölesan Dönemde Ruhsal Süreçler

Adölesan, genellikle iyi sağlık ile karakterize bir dönemdir (29). Bu dönem, biyolojik, psikolojik, sosyal gelişimsel değişikliklerle karakterizedir. Adölesan dönemde biyolojik gelişim; iskelet sisteminde hızlı büyüme ve cinsel gelişim ile, psikolojik gelişim bilişsel gelişim ve kimlik gelişimi özellikleri ile belirlenir ve sosyal olarak da adölesanın genç erişkin rolüne hazırlandığı dönemdir (30).

Bu dönemde, genç hem sosyal dünyada kendine yer edinmeye çalışmakta hem de kendisiyle ilgili kişisel plan ve hedeflerini oluşturmaya ve gerçekleştirmeye çalışmaktadır. Çocukluğa kıyasla uyum sağlanması gereken değişim alanları ve hızı

artınca, adölesan dönemde ruh sağlığı sorunları olan kişi sayısı da artmaktadır (31). Günümüzde geçmişe göre de daha fazla adölesanın ruh sağlığı sorunu yaşadığı bildirilmektedir (32).

Çocuklukla kıyaslandığında adölesan döneminde biyo-psiko-sosyal değişimlerin etkisi, duygusal iniş-çıkışların daha yaygın yaşanması gibi nedenlerden psikolojik sağlık sorunları da artış göstermektedir. Konu ile ilgili uzmanların psikolojik sağlığı; bireyde ruhsal bir bozukluğun olmayışı şeklinde tanımladıklarını, tanımlarda psikolojik sağlık yerine daha çok “içsel huzur” kavramını tercih ettiklerini belirtmişler ve psikolojik sağlığın hem psikolojik hem de sosyal açıdan huzurlu, mutlu ve dengeli olma hâli olarak tanımlandığını aktarmaktadırlar (33). Özellikle son yıllarda gençlerle yapılan çalışmalar, psikolojik sağlık sorunlarının arttığını, ülkemizde yaşanan sorunlar nedeniyle de gençlerin gittikçe karamsar olduklarını göstermektedir (34).

Adölesan döneminin yapısından kaynaklanan sorunların yanı sıra verilerin günümüzde gittikçe yaygınlaştığını gösterdiği depresyon, stres ve anksiyete gibi hastalıklar, dönem için ayrı bir risk unsuru oluşturmaktadır. Aynı zamanda hızlı yaşam döngüsü, sanayileşme, artan savaşlar ile sosyo demografik özellikler olarak tanımlanan yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve ekonomik durumun psikoloji kökenli hastalıkların klinik görünümünde büyük ölçüde belirleyici olduğu yönünde çok sayıda bulgu mevcuttur (35).

4.3.1 Adölesan Dönemde Depresyon

Psikolojik sağlık değerlendirmelerinde en sık görülen psikolojik rahatsızlığın bir duygu durum değişikliği olarak depresyon olduğu belirtilmiştir (36).

DSÖ'nün tanımıyla depresyon; üzüntü, ilgi ve keyif kaybı, suçluluk ve değersizlik duyguları, bozulmuş uyku ve iştah, yorgunluk hisleri ve zayıf konsantrasyon ile karakterize; ev, iş ya da okulda işlevselliğin bozulmasına sebep olan yaygın ruhsal bir bozukluktur.

DSÖ verilerine göre dünya çapında her yaşta 350 milyondan fazla kişinin depresyondan etkilendiği tahmin edilmektedir (37).

Depresyonun, günümüzdeki en önemli rahatsızlıklardan biri olarak görülmesinin sebepleri; birçok kişide görülmesi, kronikleşebilmesi, tekrarlaması, iş gücü kaybına

sebeplerden biri de intihar riskini artırmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü, en acil sağlık sorunları listesinde, depresyonu 4. sırada ele almıştır (38).

Depresyon belirtilerinden bazıları; uyku ve iştah bozuklukları, somatik belirtiler, karamsarlık, benliğe ilişkin olumsuz duygular, genel doyumsuzluk, sevgi ve ilgi kaybı ağlama nöbetleri, benlik saygısında azalma, olumsuz beklentiler, kendini eleştirme, kendini suçlama, karar vermede güçlükler, motivasyon kaybı, kaçma, çekilme ve intikam düşünceleridir (36).

Depresyon adölesan döneminin en önemli ruh sağlığı sorunudur (39). Gençlerde depresyon, yetişkinlerde olduğu gibi dar bir belirti grubu olarak değil; hayattan zevk alamama, düşük benlik değeri, sosyal geri çekilme, yorgunluk, bitkinlik, okul performansında bozulma, ağlama nöbetleri, uyku ve yeme bozukluklarını içerebilen geniş bir belirtiler kümesi olarak ifade edilmektedir (40).

Özellikle adölesanlar içinde buldukları dönemin özelliklerini daha hızlı ve şiddetli yaşayabilirler. Duygu, düşünce ve ilişkilerinde belirgin ve ani değişiklikler olabilir. Algılama ve yargılamaları abartılı, kararları daha ani, davranışları ise dürtüsel olabilir. Çocukluk ve gençlik döneminde yaşanan depresyon, bilişsel ve sosyal gelişimi olumsuz yönde etkilemekte ve bireylerin işlevselliklerini bozmaktadır (41).

İlgili literatürler incelendiğinde, adölesan döneminde depresyonun bazı demografik, ailesel ve okulla ilgili özelliklerle ilişkili olduğu görülmektedir. Kızlar arasında depresyonun erkeklerden daha yaygın olduğunu ve ebeveyn ölümü veya ayrılığı, aile üyelerinde psikiyatrik bir rahatsızlığın olması, istismar ve ihmale maruz kalma, ebeveyn desteğine daha fazla gereksinim duyma, okul başarısızlığı ve düşük not ortalaması ile ilişkili olduğunu bildirmektedir (42).

Sosyal fobi, panik bozukluğu, madde kullanımı, major depresyon ve yeme bozukluklarının başlangıcı, genellikle adölesan döneminde gözlenmektedir. Bu nedenle okul yıllarında her sekiz ya da on çocuktan birinin davranış veya psikoloji problemleri yaşadığı ifade edilir. Adölesan döneminde görülen psikolojik bozukluklara gelindiğinde, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu % 3-10, davranış ve karşı gelme bozukluğu %3-5, major depresyon %1.3-7, anksiyete bozuklukları %0.2-9.3, psikiyatrik bozukluklar ise %4.6-50.4 oranında gerçekleştiği söylenebilir. Depresyon oranları, 13 yaşına kadar kız ve erkeklerde eşit iken 13 yaşından sonra kızlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla görülmektedir (43).

Klinik düzeydeki depresyonu araştıran kesitsel bir çalışmada, depresyon oranlarının çocuklarda genellikle daha dūřuk olmakla birlikte, adölesanlarda bu oranın arttığını göstermektedir. Yařam boyu görölme sıklığına bakıldığında Reinhertz ve arkadaşlarının geniş ölçekli boylamsal çalışmalarında bireylerin 18 yaşına gelene kadar depresyon geçirip geçirmedikleri araştırılmış ve katılımcıların %9'undan fazlasının, bu süre zarfında depresyon geçirdikleri saptanmıştır. Bunlara ek olarak depresif bozuklukları olan adölesanlar sıklıkla irritabilite, aile ve arkadaşlardan uzaklaşma ve akademik başarıda dūřuř gösterirler. Çocukluk ve gençlik döneminde yaşanan depresyon, bilişsel ve sosyal gelişimi olumsuz yönde etkilemekte ve bireylerin işlevselliklerini bozmaktadır (37).

Depresyon oranının adölesan dönemindeki artışında, bu gelişimsel dönemdeki duygusal ve bilişsel faktörler rol oynuyor olabilir. Duygusal olarak bakıldığında adölesanlar bu yaşlarda yoğun üzüntü hislerini yaşayabilme ve bunu sürdürübilme yeteneğine sahip hale gelirler. Biliřsel olarak ise kendileri ve içinde buldukları durumlar hakkında genellemeler yapma açısından dūřünebilmeye ve negatif beklentilerini geleceğe yansıtmaya başlarlar. Kendi benliklerini bilinçli olarak değerlendirir ve yeteneksiz ve değerersiz oldukları kararına varabilirler (37).

Ayrıca bu dönemde sosyal anlamda adölesanlardan beklentiler artar ve bu beklentiler doğrultusunda ergen bazı sorumluluklar yüklenmek durumunda kalabilir. Ortaya çıkan bu değeriklikler sebebiyle adölesan, hem kendi hem de çevresiyle ilgili yeni bilişsel bütünlükler kurmaya çalışır. Bu aşamada her adölesan aynı başarıyı gösteremeyebilir ve sonucunda birtakım ruhsal problemler ortaya çıkabilir (42).

Birçok araştırmanın bulgular göstermektedir ki, üniversite giriş sınavı öğrencilerde depresyon yaratmaktadır. Sınav baskısı gençlerde anlamlı duygusal problemlere neden olmaktadır. Öğrencilerde üniversiteye giriş sınavı semptomları olarak tanımlanan psikolojik ve somatik bazı belirtiler görölmektedir (44).

Bu sebeplerden dolayı adölesan dönemi, depresyonun gelişimsel bir psikopatoloji olarak anlaşılması, sağaltımı ve önlenmesi için yapılabilecek girişim stratejilerinin oluşturulması açısından önemlidir (42).

4.3.2 Adölesan Dönemde Kaygı

Kaygı, kişinin bir uyarana karşı karşıya kaldığında yaşadığı, bedensel, duygusal ve zihinsel değişimlerle kendini gösteren uyarılmışlık durumudur. Sınav kaygısı ise sınav veya herhangi bir değerlendirilme ortamında yaşanan fizyolojik, davranışsal ve bilişsel öğelere sahip, hoşlanılmayan bir duygu ya da duygusal bir durum olarak tanımlanır (45,46).

Çocukluk ve gençlik yılları insan hayatının en hızlı gelişim yılları olduğu bilinmektedir. Bu yıllarda fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal gelişimin temelleri atılır. Çocuk, çevresini tanımaya, çevresindeki ilişkileri kendince anlamaya, olaylara karşı bakış açısı kazanmaya ve olayları yorumlamaya çalışır. Bu gelişim süreci içinde çocuğun içinde bulunduğu çevresel koşullara göre kaygı düzeyi de şekillenmeye başlamaktadır. Kaygı duygusu anne-babasının, öğretmenlerinin ve arkadaşlarının davranışlarına göre artar veya azalır (47).

Kaygıyla birlikte ortaya çıkan depresyon, bireyleri umutsuzluğa iten karamsar düşüncelere sahip olmasına neden olur (48). İnsanların gelişimsel dönemine, yaşına ve cinsiyetine göre kaygı duyulan obje ve nesnelere farklılaşmakla birlikte, ergenlik döneminde, kaygı duyulan unsurlar, genellikle adölesanın fiziki görünüşü, varlığını tehdit eden tehlikeler, içsel çatışma, sosyal çatışma, arkadaş ilişkileri, karşı cins ile ilişkiler ve anne baba tutumu olarak sayılabilir (47, 49).

Üniversite sınavlarına hazırlık sürecinde ve sınav anında adölesanların yaşadığı sorunlardan birisi sınav kaygısıdır. Sınav kaygısı ile ilgili alan yazında önde gelen araştırmacılardan biri olan Spielberger'e göre sınav kaygısı; formal bir sınav veya değerlendirme durumunda yaşanan, bireyin gerçek performansını ortaya koymasını engelleyen bilişsel, duyuşsal, davranışsal özellikleri olan ve bireyde gerginlik yaratan hoş olmayan bir duygu durumudur (50).

Sınav kaygısının altında yatan nedenlere odaklanan çalışmalarda; öğrencilerin geçmiş deneyimleri ve inançları, aile tutumları, ders yükü ile ilgili algılar ve zaman yönetme becerilerinin sınav kaygısı üzerinde etkili olabileceği bildirilmiştir (51).

Yüksek sınav kaygılı öğrencilerin, düşük sınav kaygılı öğrencilere göre, kendilerini küçülten kuruntu ve duyuşsal reaksiyonlar şeklindeki tepkileri daha yoğundur. Yüksek sınav kaygılı bireylerin değerlendirilme ortamlarında düşük sınav kaygılı bireylere göre daha fazla olumsuz düşünceleri bulunmaktadır. Bu düşünceler onların incinebilirlik

düzeylerini de artırmaktadır. Lufi ve Darliuk, yüksek sınav kaygısı olan grubun depresyon ve diğer bazı davranış bozuklukları boyutlarında sınav kaygısı olmayan gruptan daha fazla semptom gösterdiklerini saptamışlardır (52).

4.3.3 Adölesan Dönemde Beden Algısı

Beden algısı kavramı içinde, bireylerin kendi bedenleri ile ilgili deneyimleri, tutumları ve duyguları gibi pek çok kavram yer almaktadır (53). Bedenin işlevleri ile ilgili algılama da beden algısını yakından etkiler. İç organların çalışması, bu işlevlere diyet ve çevre gibi dışsal etmenlerin etkileri, adet kanaması, idrar yapma ve dışkılama gibi beden ile ilgili fizyolojik olayların algılanması, üzerinde durulan ve bedene ait işlevler arasında incelenen konular arasındadır. Vücut bir denge içinde çalışır ve bu denge bir biçimde bozulduğu zaman hastalıklar görülmeye başlar (54).

Adölesan dönem bedensel büyümenin en fazla olduğu bu nedenle beden imajının değişiminin en hızlı olduğu dönemdir. Adölesan kendi durumu ile daha çok ilgilenir ve kendi bedeninin daha çok farkındadır. Bu dönemde giyim saç ve görünüşe karşı aşırı bir ilgi vardır. Adölesanlar bu dönemde çevresindekilerin değerlendirmelerine önem verirler. Bu dönem sonunda erişkin beden imajı benimsenir. Beden imajı adölesanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikleri deneyimlemesi sonucu oluşur (54).

Beden algısı rahatsızlıklarının büyük kısmı adölesan dönemde başlar, ancak daha küçük yaşlarda da ortaya çıkabilir. Olumsuz beden algısı, kilo kontrolü davranışının kendini oruç tutmak, ishal oluşturmak, sigara içmek, sağlıksız diyetler uygulamak ya da aşırı spor yapmak gibi eylemlerle ortaya koyabileceğini öngörür. Kilo endişeleri, yeme bozuklukları, düşük özgüven, depresif ruh hali ve intihar düşüncesi ile ilişkilidir (55).

Beden algısı kuramları, kadın ve erkeklerin kendi bedenlerini farklı biçimde algıladıklarını ileri sürmektedir. Adölesanların bir kısmı kendi kilo durumlarını doğru bir şekilde sınıflandıramamaktadır. Yaklaşık %30'u kendi beden ağırlıklarını olduğundan daha az tahmin etmektedir (56).

4.4 Adölesan Dönemde Beslenme Alışkanlıkları

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek, vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için

bilinçli yapılması gereken bir eylemdir. Beslenme anne karnında başlayıp, yaşamın sonlanmasına kadar geçen her süreçte yaşamımızın vazgeçilmez bir parçasıdır (57).

Adölesan dönemi, yaşam boyu devam eden alışkanlıkların yerleştiği bir dönemdir (58).

Günümüzde gençler biyolojik ve psikososyal pek çok sağlık sorunu ile karşı karşıyadır. Ancak bunların arasında, sağlıksız, dengesiz beslenme alışkanlığı ve buna bağlı olarak gelişen hastalıklar ilk sıralarda yer almaktadır (59).

Adölesandaki beslenme kritik bir önem taşır. Bu dönemdeki yeterli ve dengeli beslenme lineer büyümeyi, optimal kemik densitesi ve kızlarda normal menstrual siklusun başlaması ve devamını sağlamaktadır (60).

Adölesanların yeme alışkanlıkları birçok etmeden etkilenmektedir. Yeme bozukluklarının etiolojisinde; aile içi sorunlar, ailede yeme bozukluklarının mevcudiyeti, düşük benlik saygısı, obezite, kilo ve yemek ile uğraşlar, cinselliğin kabulü, ergenlik problemleri, sosyo-kültürel normlar, cinsel travma, biyolojik ve genetik etmenlerle açıklayan yaklaşımlar yer almaktadır (61,62). Ergenlerin beslenme alışkanlıklarını bilmek ve bunların ekonomik, sosyo-demografik etmenler ve sağlık ile olan ilişkilerini saptamak, beslenme alışkanlıklarının neden ve sonuçlarını anlamada yol gösterici olmaktadır (63).

Tablo 4.1 Adölesanlarda Diyetle Alınması Önerilen Besin Oranları (60)

Besin	Tavsiye Edilen Günlük Alım
Total yağ	Total kaloringin %30'undan fazla, %20'sinden az olmayacak
Doymuş yağ asitleri	Total kaloringin %10'nundan az
Çoklu doymamış yağ asitleri	Total kaloringin %10'nu kadar
Tekli doymamış yağ asitleri	Total yağ kaloringinin geri kalanı
Karbohidratlar	Total kaloringin %50-55'i
Protein	Total kaloringin %15-20'si
Kolesterol	300 mg/gün'den az
Lif	“Yaş+5”g/gün

Hızlı büyüdükleri, daha hareketli bir yaşam sürdükleri için gençlerin besin gereksinimi çocuklara ve erişkinlere göre daha fazladır. Büyümenin hızı ve işlevin türü, bireyler

arasında fark gösterdiğinden bu dönemde gerekli enerji, protein ve diğer besinlerin gereksinimi kesin olarak saptanamamıştır (64).

Pubertal hızlı büyüme döneminde adölesanlar erişkin boylarının %15'ini, ağırlığın % 50'sini ve total mineral içeriğinin %40'ını kazanmaktadır. Normalde erişkin kalsiyum içeriğinin yarısından fazlası adölesanda depolanmaktadır. Bu dönem boyunca günlük elemental kalsiyum alımı pozitif kalsiyum dengesini sağlayacak miktarda (1300 mg/gün) olmalıdır. Yetersiz kalsiyum ve vitamin D alımı daha sonra gelişebilecek osteoporoz riskini artırmaktadır. Yine bu dönemde düşük lif, yüksek kolesterol ve doymuş yağ içeren diyetler ateroskleroz ve kalp hastalığı gelişimine zemin hazırlamaktadır (60).

Vücut ağırlıklarını kontrol etmek veya kilo kaybetmek için diyet hapları, laksatifler, diüretikler, açlık ve sıkı diyetlerin kullanılması hem büyümeyi hem de sağlığı olumsuz etkilemektedir. Adölesan diyetlerinin yetersiz miktarda kalsiyum, demir ve esansiyel besin maddeleri içerdiği gösterilmiştir. Ayrıca adölesanlar önerilenden daha fazla miktarda protein, total yağ, doymuş yağ ve kolesterol tüketebilmektedir (65).

Amerika Birleşik Devletleri'nde çocuk ve adölesanların ancak %1'inden azının besin piramidinde yer alan besin gruplarını önerilen oranlarda (günlük olarak tahıl grubu en az 6 porsiyon, sebze en az 3 porsiyon meyve, et ve süt grupları en az ikişer porsiyon, yağ ve şekerleme mümkün olduğu kadar az) tükettiği saptanmıştır (66).

Besin gruplarının yetersiz tüketilmesi sonucunda gelişme geriliği, bodurluk, boya göre düşük kilolu olunması ve gecikmiş puberte gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Adölesanlarda ilkokuldan sonra ve yaş ilerledikçe, diyet kalitesinde ve özellikle sebze ve meyve tüketiminde belirgin azalma görülmektedir. Yine aynı dönemde yüksek yağlı süt tüketimi yerine düşük yağlı süt tüketiminin artmasına rağmen toplam süt tüketiminin %36 azaldığı ve azalan süt tüketiminin yerini gazlı içecekler ve meyve içermeyen meyve sularının aldığı saptanmıştır. Lise öğrencileri arasında yapılan bir başka araştırmada ise öğrencilerin sadece %10-20'sinin günde 5 porsiyon meyve ve sebze tükettiği ortaya çıkmıştır (67).

Bu dönemde adölesanlar yalnızca fiziksel olarak değil, bilişsel ve psikososyal yönden de gelişimlerini sürdürmektedirler. Gençler; kimlik arayışı içindedir, bağımsız olmaya, kabul görmeye çabalar ve dış görünüşleri ile fazla ilgilidirler (19). Adölesanlardaki dış görünüş ile ilgili endişe, arkadaşları tarafından kabul edilme ihtiyacı, giderek artan

bağımsızlık ve aktif yaşam stili yeme alışkanlıklarını ve gıda tercihlerini etkilemektedir (60).

Düzensiz öğün ve öğün aralarında atıştırma örüntüsü, ev dışında yemek yeme alışkanlığı ve ayak üstü beslenme (fast-food) biçimi, beslenme alışkanlıklarının tipik özelliklerini genellikle aile, akranlar ve medyayı kapsayan birçok etmen etkilemektedir (68).

Beslenme ve büyümeyi, nicelik ve nitelik olarak yetersiz besin maddeleri, infeksiyonlar ve paraziter hastalıklar, iştah azaltan sosyal ve ruhsal etmenler etkiler. Ülkemizde yaygınlaşan fast-food denilen beslenme tarzı gençlerde büyüme ve gelişme gereksinimini yeterince karşılayamadığı ve sağlığı olumsuz yönde etkilediği savunulmaktadır. Ekonomik yönden bağımlı olan öğrenciler bir aile ortamına veya normal ev koşullarına sahip olmadıkça yeterli ve dengeli beslenemeyip, çoğunlukla eksik öğün ve dengesiz beslendikleri kabul edilmektedir (64).

Adölesanlar tarafından yanlış uygulanan zayıflama diyetleri yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olur. Diğer yanlış alışkanlıklardan biri de öğün atlamadır. En çok atlanan öğün ise en önemli öğün olan sabah kahvaltısıdır. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin öğrencilerin dikkat sürelerini kısaltıp algılamalarını azalttığı, öğrenmede güçlüğü ve davranış bozukluklarına, okula devamsızlık ve okul başarısında düşmeye neden olduğu bildirilmektedir (65).

Sağlıklı büyüme ve gelişmenin ön koşullarından biri kuşkusuz besin çeşitliliği sayesinde yeterli ve dengeli beslenmedir. Yaşam olayları ve büyümenin gerektirdiği enerji ve besin öğeleri yeterli miktarda sağlanmadığında büyüme yavaşlamakta, sağlık bozuklukları artmakta, çalışanların ve öğrenme çağında olanların verimlilikleri azalmaktadır. Ayrıca ileriki yaşlarda osteoporoz, obezite, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, tip 1 diyabet vb. hastalıklara yakalanma riski artmaktadır (69).

Adölesanların yiyecek seçiminde psikososyal ve çevresel faktörler önemli bir yer tutar. Sosyodemografik özelliklerine bağlı olarak ebeveynlerin değişkenlik gösteren yiyecek seçimi, bu yaş grubundaki bireylerin diyet alışkanlıklarını belirleyen önemli bir parametredir. Ailesi ile birlikte yemek yiyen adölesanların daha sağlıklı beslendiklerini ve bunun adölesanların psikososyal gelişimini de olumlu etkilediğini belirten çalışmalar vardır. Yapılan sistematik bir derlemede adölesanların beslenme davranışları ile ebeveynlerinin beslenme davranışları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Adölesanlarda beslenme davranışını etkileyen diğer bir parametre olarak akran etkisini ortaya koyan yayınlar da vardır (67).

Özellikle gelişmekte olan ölkelerde yaşayan adölesanların temel beslenme sorunları sıklıkla yaşamın ilk yıllarından kaynaklanan beslenme yetersizliği ve buna bağlı besin öğesi yetersizlikleri (vitaminmineral yetersizlikleri gibi), şişmanlık ve ilgili diğer kronik hastalıklar (kardiyovasköler hastalıklar gibi), yetersiz/sağlıksız yeme alışkanlıkları ve yaşam biçimidir (27).

Ölkemizde de yetersiz ve dengesiz beslenme, önemli bir halk sağlığı problemidir. Özellikle demir eksikliği anemisi, kalp damar hastalıkları, diyabet ve osteoporoz bu durumun sonucu olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarından bazılarıdır (70).

4.5 Adölesan Dönem Beslenme Alışkanlıklarının Kaygı ve Depresyon ile İlişkisi

Kaygı ve depresyon gibi psikolojik durumlar zihinsel sağlığı olumsuz etkilediği gibi kişilerin davranışlarını da (beslenme gibi) etkilemektedir (71,72).

Birçok birey kaygılarını azaltacağını düşünerek yiyecek tüketimini artırmaktadır. Bireylerin çoğu diyetlerinin sağlıksız olduğunun farkında olsalar bile uygun değişiklikler yapmamaktadırlar (73,74).

Psikolojik nedenlere bağlı olarak yağlı ve yüksek enerjili yiyeceklerin tüketilmesi artmaktadır (75).

Üniversite sınavına girecek olan adölesanlar, sosyal ve psikolojik kaygıdan dolayı sağlıksız beslenme davranışları göstermektedirler (76). Yiyecek ve içecek tüketiminin mental duruma ve performansa etkisiyle birlikte beyin fonksiyonlarına da etki ettiği bilinmektedir. Dolayısıyla öğrencilerde kaygıyla değişen ve sağlıksız hale gelen beslenme nedeniyle sınavlardaki başarısızlık da kaçınılmaz olmaktadır. Diyetin psikolojik durum, kaygı, depresyon ve bilişsel fonksiyon üzerine etkisi olduğu bilinmektedir. alışmalar yetersiz alınan bazı besin öğelerinin depresif değişimlere neden olduğunu göstermektedir (77,78).

Birçok birey kaygılarını, can sıkıntılarını, hayal kırıklıklarını, alınganlıklarını, yalnızlıklarını, gerilimlerini ve mutsuzlarını azaltacağına yardım edeceğini düşünerek yiyecek tüketmektedirler. Tüketilen yiyeceğin çeşidinin ve yiyeceklerle alınan enerji miktarının sağlığa ve kişinin psikolojik durumuna etki ettiği bilinmektedir (73). Genelde

psikolojik nedenlerden dolayı kilo kazanımının yağlı ve yüksek enerjili yiyeceklerin yenmesinin sonucu olduğu gösterilmektedir (75).

4.6 Adölesan Dönemde En Sık Görelen Sağlık Sorunları

Adölesan döneminde özellikle fiziksel büyüme ve gelişmenin belirgin şekilde hızlanması, yaşam şekli ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi, devamlı diyet yapma, kronik hastalıkların varlığı, sigara kullanımı ve spor yapma gibi özel durumlar enerji ve besin ögeleri gereksinimlerini etkilemektedir (79).

Vücut gereksinimlerini karşılayacak enerji ve besin ögelerinin önerilen miktarlarda alınması, başka bir deyişle yeterli ve dengeli beslenme, özellikle gençlik döneminde çok önemlidir. Bu dönemde gençlerin yetersiz ve dengesiz beslenmesi, malnütrisyon, obezite, kalp damar hastalıkları, anemi, vitamin ve mineral yetersizlikleri, büyüme ve gelişme geriliklerine neden olabilir (80).

Türkiye'de okul çağındaki çocuk ve gençler arasında zayıflık, şişmanlık ve ilgili sorunlar, metabolik sendrom, avitaminozlar, anemi, basit guatr ve diş çürükleri beslenme ile ilişkili sorunlar arasında yer almaktadır (21).

Ayrıca, adölesanlara yönelik sağlık istatistikleri alarm vermektedir. Literatürde, adölesanların sigara ve alkol kullanma durumlarının arttığı, intiharların genç ölümleri arasında ikinci sırada yer aldığı ve giderek arttığı, beslenme ve obezite sorunlarının en önemli sorunlar arasında bulunduğu, cinsel sorunların yoğun yaşandığı; bunlara ek olarak duygusal, sosyal sorunlar, aile içi çatışma ve davranış bozuklukları gibi ciddi sorunları bulunduğu ifade edilmektedir. Literatürde en sık uygulanan ve önerilen adölesan sağlığını geliştirme programlarının beslenme, egzersiz, hijyen, uyku, alkol, ilaç, sigara kullanımı ve cinsellik alanlarına yönelik sağlığı koruyucu ve geliştirici çalışmalar olduğu dikkati çekmektedir (23).

Gelişmekte olan ülkelerde adölesan dönemi kızların %39 unda, erkeklerin %49'unda anemi olmadığı halde, ferritin değerlerinin düşük bulunmasının nedeni yetersiz ve dengesiz beslenme ile barsak parazitlerine bağlanmaktadır (64). Adölesanlarda beslenme ile ilişkili sağlık problemleri Tablo 3'de özetlenmiştir.

Tablo 4.2 Adölesanlarda Nutrisyonel Risk Faktörleri ve İlişkili Sağlık Problemleri (60)

Sağlık Problemleri	Risk Faktörleri
Hipertansiyon	Aşırı kilo, artmış sodyum alımı
Obezite	Kalori ihtiyacının üzerinde alım, sedanter yaşam stili
Zayıflık	Beslenme azlığı, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza
Demir eksikliği anemisi	Malnutrisyon, diyetle yetersiz demir alımı
Artmış serum kolesterolu/ kalp hastalığı/ aterosklerozis	Artmış doymuş yağ ve kolesterol alımı, yetersiz lif alımı
Diş çürükleri	Şekerli, nişastalı ürünlerin fazla ve sık tüketilmesi, oral hijyenin azlığı
Osteoporoz	Yetersiz kalsiyum ve vitamin D alımı

4.6.1 Obezite

Harcanandan daha fazla enerji alımı sonucu vücut yağ dokusunun hipertrofisi (yağ hücrelerinin ölçü olarak büyümesi) ve hiperplazisi (yağ hücrelerinin sayısının artışı) olarak tanımlanan şişmanlık, yakın zamana kadar çocuklukta üzerinde durulmayan hatta "şişman çocuk, sağlıklı çocuk" tanımlaması aile ve sağlık personeline de onaylanmaktaydı. Oysa, son yıllarda yapılan araştırmalar; çocukluk ve gençlikte oluşan şişmanlığın çeşitli sağlık sorunlarının doğrudan ya da dolaylı nedeni olarak gösterilmektedir. Araştırmalar şişmanlık ve sağlık sorunları üzerine yoğunlaşınca çocukluk çağı şişmanlık prevalansının 30 yıl öncesine göre arttığı ve şişman çocukların yaklaşık %30'unun şişman yetişkinler olduğu rapor edilmiştir (28).

Ülkemizde 6-18 yaş arasında yapılan çalışmalarda aşırı kilolu olma oranı %8-14, obez olma oranı %3-31 arasında bulunmuştur (81).

Günümüzde beslenme ile ilişkili hastalıkların artmasından dolayı sağlıklı beslenmenin önemi de artmaktadır. Erişkinlerde olduğu gibi çocukluk ve gençlik çağında da şişmanlık sıklığı giderek artmaktadır. Çocukluk dönemindeki şişmanlık oranı erişkin dönemdeki şişmanlık oranını önemli ölçüde etkilemektedir. Dünya genelinde okul çağındaki çocukların %10'nun fazla kilolu olduğu bilinmektedir (82). Birçok ülkede

çocukluk çağı şişmanlığı 1990'lerden sonra çarpıcı biçimde artmakta ve gelişmiş ülkelerde çocukların her yıl %1'i fazla kilolu gruba eklenmektedir (83).

Ülkemizde 2000-2010 yılları arasında yayınlanan Türkiye'nin farklı bölgelerinde yapılmış on iki çalışmanın verilerini inceleyen bir derlemede 6-18 yaş arası aşırı kiloluluk sıklığının % 10,3-17,6; obezite sıklığının ise % 1,9-7,8 arasında değiştiği saptanmıştır (84).

Çocukluk ve gençlik döneminde kilolu olma ve şişmanlığın ayrıca erişkin dönemde erken yaşlanma ve fiziksel hastalık ile ilişkisi vardır. (85)

Sağlığı büyük ölçüde tehdit etmesinin yanı sıra obezite birçok hastalığa da sebep olmaktadır. Obezite ile birlikte ortaya çıkan hastalıklar arasında kalp hastalığı, tip 2 diyabetes mellitus, hipertansiyon, inme, belirli tipte kanserler (endometrial, meme, prostat, kolon, vb.) dislipidemi, safra kesesi hastalıkları, uyku apnesi ve diğer solunumla ilgili sorunlar, osteoartrit gibi hastalıklar ile tüm sebeplere bağlı mortalitede artış, fertilitede azalma gibi çeşitli fiziksel komplikasyonlar yer almaktadır (86).

Tıbbi sorunların yanı sıra birçok psikolojik ve sosyal sorun da obezite ile ilişkilendirilmiştir. Özgüven kaybı, akran ilişkilerinden kaçınma, içe kapanma, sürekli dışlanma hissi hatta depresyon ve anksiyete obezite ile ilişkilendirilmiştir. Bunların dışında obez bireyler, vücut imajı, sosyal eğilim, önyargılar, ayrımcılık ve yeme bozuklukları gibi birtakım psikososyal bozukluklar da göstermektedirler. Anne, baba ve çocuk arasındaki ilişkiler, evde çocukluk aktivitelerine hiçbir şekilde izin verilmemesi, çok sıkı denetimin uygulanması veya ebeveyn tarafından hiçbir şekilde sınırlandırmanın konmayışı ile ev ortamındaki problemler, çocukların diğer davranışlarında olduğu gibi yeme davranışlarında da birtakım bozulmalara neden olmaktadır (86).

Obezite, psikolojik kökenli, somatik görünümlü kronik bir hastalıktır. Obez bireylere karşı önyargı ve ayırım daha çocuklukta başlar. Yaklaşık 40 yıl evvel Stafferi 6 yaşındaki bir çocuğun, aşırı kilolu başka bir çocuğun görünüşünün "tembel, kirli, aptal, çirkin" olduğunu düşündüğünü saptamıştır. Obez bireyler toplumsal alanlarda "etkilenirler". Ayrımcılık onların özsaygılarının azalmasına, depresyona açık duruma gelmelerine yol açar. Benlik saygısının azalması obez bireylerin disforik ve depresif olmalarına sebep olur (87).

Obezite ile birlikte major depresyon, bipolar bozukluk, panik bozukluk ya da agorafobi prevalansı artar. Erişkinlerde önce obezite arkasından depresyon gelişirken, çocuklarda önce depresyon ardından obezite geliştiği bildirilmektedir (87).

Obezlerde en sık görülen sorunlar aşağılık duygusu, kendine güvende azalma, çekingenlik, sosyal yaşamdan izolasyon, işsizlik, evlilikle ilgili problemler, sıkıntı ve depresyondur. Bunlarla birlikte artan motivasyon kaybı fiziksel aktivitede azalmaya ve sonuç olarak obezite probleminde büyümeye yol açmakta bu da bir kısır döngü yaratmaktadır (37).

4.6.2 Yeme Bozuklukları

“Yeme Bozuklukları” (YB); yeme davranışına yönelik tüm bozuklukları bir çatı altında toplayan, bu rahatsızlıkları anmak için kullanılan genel bir tanımlamadır. En bilinen yeme bozuklukları, Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervozadır (88).

Hem anoreksiya hem de bulimianın ortak özelliği vücut biçimi ve ağırlığını algılamada ortaya çıkan bozukluktur. Anoreksiya nervoza tipik olarak çocukluktan ergenliğe geçişle ilgili bir bozukluk olarak kabul edilirken, bulimia nervoza ergenlikten genç erişkinliğe geçişle bağlantılandırılabilir (89).

Gelişmekte olan ülkelerde özellikle televizyon, gazete gibi toplumun alışkanlıklarını çok yakından etkileyen basın ve yayın organlarında sağlık açısından doğru olmayan pek çok diyet, zayıflama reçeteleri, vb. yeme bozukluklarının (anoreksia nervosa, bulimia nervosa) sıklığının toplumlarda artışına yol açabilir. Kişilerin fiziksel görünümüne gereğinden fazla önem vermesi, özellikle adölesanlarda görülen bu tip hastalıkların artışını beraberinde getirmektedir. Pek çok uyarana açık olan adölesanlar, bu tür sağlık sorunları ile diğer yaş gruplarına göre daha fazla maruz kalmaktadırlar (90).

Eş tanı açısından değerlendirildiğinde; depresyon yeme bozukluklarına en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluktur. Depresyonun yeme bozukluğunda %40-45 oranında gözlendiği, yaşam boyu prevalansının %68 olduğu ve depresyonun yeme bozukluğu gidişinden bağımsız olarak seyrettiği bildirilmiştir (91).

Anoreksiya nervosa bozulmuş zayıf bir bedene sahip olma arzusu, kilo almaktan korkma ve bozuk beden imajıyla karakterizedir. Bulimia nervosa ise tıknırcasına yemek yeme, kilo almaktan kaçınmak için lakatif ve diüretik kullanma, kendini kusturma veya aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz yollara başvurma şeklindedir (92).

Yeme bozuklukları bir ergenlik dönemi hastalığı olarak kabul edilmektedir. Hastalığın başlangıcı büyük oranda ergenlik dönemindedir. Anoreksiya nervoza için başlangıç yaşı 14-18, bulimiya nervoza için 16-20 olarak bildirilmektedir (93).

Yeme bozukluklarının etiyolojisinde; aile içi sorunlar, ailede yeme ve psikiyatrik bozuklukların mevcudiyeti, düşük benlik saygısı, obezite, kilo ve yemek ile uğraşlar, cinselliğin kabulü, ergenlik problemleri, sosyo-kültürel normlar, cinsel travma, biyolojik ve genetik faktörler gibi faktörlerle açıklayan yaklaşımlar yer almaktadır. Gençlerde yaygınlığı ve sıklığı giderek artan yeme bozuklukları Dünya Sağlık Örgütü tarafından “tıbbi dikkat” gerektiren “önemli tıbbi durum” olarak tanımlanmaktadır (94). Tüm yeme bozukluklarında amaç normal, sağlıklı bireyselleştirilmiş, sabit bir vücut kilosu elde etmek, anormal yeme davranışlarını kontrol altına almak, sağlıksız bilişsel şemaların yerine dengeli bir duygusal ve bilişsel durum oluşturmak, eşlik eden hastalıkları tedavi etmek, nüksleri kontrol altına almaktır (95).

4.7 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Pender, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olarak ifade etmiştir. Daha sağlıklı beslenmek, entelektüel kapasitenin artması, kalp-damar hastalıklarından korunabilmek, bağışıklık düzeyinin artması, normal beden ağırlığını koruyabilme ve stresle uygun bir şekilde başa çıkabilmek birey için sağlıklı bir yaşam biçimi düzeyine erişmenin anlamı olarak belirtilmiştir (96).

Sağlığı geliştirici davranışların alt alanları Walker ve arkadaşlarına göre şu şekilde açıklanmıştır: Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığı için sorumluluk üstlenmesi anlamına gelir. Bu konuda gerekli bilgilere ulaşması, özen göstermesi ve gerekirse profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir. Fiziksel aktivite, günlük yaşamın bir parçası olarak düzenli bir şekilde sürdürülmesi gereken egzersizleri uygulamayı kapsar. Beslenme bireyin öğünlerinin düzenini ve yediği besinlerin uygunluğunu ifade eder. Manevi gelişim, insanların iç kaynaklarıyla ilişkili olup iç huzuru sağlama, kim olduğumuzu anlama ve deneyimler için fırsat sağlama olasılığı yaratır. Kişilerarası ilişkiler, başkalarıyla olan ilişkilerdir. Zorunluluklar dışında anlamlı bir ilişki, iletişimi kullanmayı gerektirir. Stres yönetimi ise insanların gerilimlerini azaltmak ya da uygun

bir şekilde kontrol altına alabilmek için kaynaklarını belirleyebilmesi ve kullanabilmesidir (96).

Molina-Garcia'a göre sağlığa zarar veren davranışlar; sigara kullanımı, aşırı alkol tüketimi, aşırı yağlı yemek tüketimi, fast-food türü beslenme gibi davranışları içerirken; sağlığı geliştiren davranışlar ise kişileri hastalıklardan koruyan spor, yeterli ve dengeli beslenme gibi davranışları kapsamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedenini, yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar olarak belirlemiştir (97).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları başlığı altında incelenen boyutlar ile obezite arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında Arslan ve Ceviz tarafından 2007 yılında yapılan araştırmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça obezite sıklığının düştüğü bulgulanmıştır (98).

Ülkemizdeki adölesan nüfus değerlendirildiğinde, sağlıklı davranışların kazandırılması için eğitim gereksinimi olan büyük bir grubun var olduğu görülmektedir. Adölesanın sağlığı geliştirme davranışları ile ilgili gereksinimlerinin karşılanması için yapılacak uygulamalar okul eğitimi kapsamında yer alarak, bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Sağlığı korumak, sürdürmek ve geliştirmek için adölesana verilen eğitim, onların gelecekteki yaşamlarını da etkileyerek, sağlıklı davranışları kazanmasını, olumsuz sağlık davranışlardan uzaklaşmasını sağlayabilir (99).

Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını düzeltme, kontrol etme ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşmakla sağlanabilir. Bu hedefe ulaşılabilme için sigara içme, alkol ve madde kullanımından uzak durma, sağlıklı beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet ve sağlıksız cinsel davranışlarından uzak durma, kilo kontrolü, olumlu aile iletişimi ve stres yönetimi gibi davranışlar ile mümkün olmaktadır (100). Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma durumunu sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirebilmektedir (101).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma 2014 yılında Isparta il merkezinde öğrenim gören 100 adölesanın beslenme alışkanlıkları ile depresyon ve sınav kaygısı arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

5.2 Araştırmanın Yeri, Zamanı, Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Isparta ilmerkezi Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı olan Mustafa Kaçkoç Anadolu Lisesi ve Mustafa Gürkan Anadolu Lisesi'nde öğrenim gören 16-18 yaş aralığında bulunan 100 (yüz) adölesan oluşturmuştur.

Katılımcılar okul idaresi ve rehberlik servisinin uygun bulunduğu sınıflardan ve öğrencilerden seçilmiştir. Gerekli izinler alınarak çalışma gerçekleştirilmiş ve bu çalışma için, Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 16.03.2015 tarihinde Etik Kurul Onayı alınmıştır ((EK-5, EK-6 ve EK-7).

5.3 Veri Toplama Araçları

5.3.1 Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılmayı kabul eden adölesanlar “Gönüllü Onay Formunu” okumuş ve çalışma şartlarını kabul ettikten sonra çalışmaya dahil edilmiştir. (EK-4) Katılımcılar hakkında bilgi edinmek amacıyla, “Kişisel Bilgi Formu” kullanıldı. Kişisel bilgi formu, yüz yüze görüşülerek bizzat araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Bu kapsamda geliştirilen anket formunda katılımcıların demografik özellikleri, sağlık durumları, genel beslenme alışkanlıkları yer almıştır (EK-1). Katılımcıların boy ve ağırlık ölçümleri kendi ifadelerine göre alınmış olup VKİ'leri de ona göre değerlendirilmiştir.

VKİ değerlendirilmesinde; VKİ'nin <18 kg/m² olması zayıf, $18 < \text{VKİ} < 23$ kg/m² birim aralığı normal kilolu, $23 < \text{VKİ} < 30$ kg/m² aralığı da fazla kilolu-obeze olarak alınmıştır. (102).

5.3.2 Çocuklarda Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Katılımcıların depresyon belirtilerinin düzeyini belirlemek amacıyla “Çocuklarda Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır (EK-2).

Kovacks’ın (1985) geliştirdiği Çocuklarda Depresyon Ölçeği, 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, 27 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde için üç değişik seçenek bulunmaktadır. Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun olan cümleyi seçmesi istenir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Maksimum puan 54’tür. Kesim puanı 19 olarak belirlenmiştir. Alınan puan ne kadar yüksekse, depresyon o kadar ağır demektir. (103).

Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Öy. B, (1995) tarafından 9-14 yaş çocuk ve ergen grubunda yapılmış ve patoloji kesim noktası 19 puan olarak saptanan anketin, test-tekrar test güvenirliği için ölçek, 380 öğrenciye ilk uygulamadan bir hafta sonra ikinci kez uygulanmış ve test-tekrar test güvenirliği .80 olarak bulunmuştur (104).

5.3.3 Sınav Kaygı Ölçeği

Araştırmaya katılan adölesanların sınav kaygı düzeylerini belirlemek için “Sınav Kaygı Ölçeği” kullanılmıştır (EK-3). Benson ve El-Zahhar tarafından, öğrencilerin sınav kaygı düzeylerini belirlemeye yönelik geliştirilen ve bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi esasına dayalı olan bir ölçme aracıdır. Benson ve El-Zahhar, Amerikan ve Mısır örneğinde ölçeğe son halini vermişlerdir.

Revize Edilmiş Sınav Kaygısı Ölçeği, 20 madde ve 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu ölçekler; 1-Gerginlik (5 maddelik, örneğin; “Sınav sırasında çok gergin hissediyorum.”), 2-Bedensel Belirtiler (5 maddelik, örneğin; “Sınavda ağzımın kurduğunu hissediyorum.”), 3-Endişe (6 maddelik, örneğin; “Sınavdayken birdenbire kendimi başarısız olduğumda ne yapacağımı düşünürken buluyorum.”), 4-Sınavla İlgisiz Düşünceler (4 maddelik, örneğin; “Sınavda bazen başka bir yerde olmayı düşünüyorum.”)dir. Ölçek, Hiç bir zaman (1), Bazen (2), Çoğu zaman (3) ve Her zaman (4) şeklinde 4’lü derecelendirmeye sahiptir. Ölçekte ters puanlanan madde olmayıp ölçekten alınan yüksek puan, yüksek düzeyde sınav kaygısı olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük 20’dir.

Test-tekrar güvenirlik çalışması için Revize Edilmiş Sınav Kaygısı ˆleđi'nin Türkçe formu İstanbul ilinin çeşitli liselerinde ˆđrenim gˆren 107 niversite ˆđrencisine 3 hafta arayla iki kez uygulanmıştır. ˆleđin test-tekrar test güvenirlik katsayıları ˆleđin tamamı için .65 ve alt ˆlekler için sırasıyla .75, .64, .74, .70 olarak bulunmuştur (105).

5.4 Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS v20.0 kullanılmıştır. Verilerin ˆzmlenmesinde frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde gibi betimsel istatistiklerden faydalanılmıştır. Normallik sınaması için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri, karşılaştırmalar için non parametrik testlerden Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. İlişki analizlerinde ise Spearman's rho korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

6. BULGULAR

Tablo 6.1: Demografik Değişkenler

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kız	47	47,0
	Erkek	53	53,0
Yaş	16 yaşında	4	4,0
	17 yaşında	59	59,0
	18 yaşında	37	37,0
VKI (kg/m²)	Zayıf (<18)	20	20,0
	Normal (18-23)	71	71,0
	Kilolu (23-30)	9	9,0
Kardeş Sayısı	Yok	4	4,0
	1 kardeş	48	48,0
	2 kardeş	37	37,0
	3 kardeş	7	7,0
	4 kardeş	4	4,0
Kiminle yaşıyorsunuz?	Anne	6	6,0
	Anne/Baba	74	74,0
	Diğer	20	20,0
Toplam		100	100

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan adölesanların cinsiyet, yaş, vücut kitle indeksi, kardeş sayısı ve kiminle yaşadıklarına göre frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir. Araştırmaya toplamda 100 kişi katılmıştır.

Buna göre katılımcıların %47'si kadın, %53'ü ise erkektir. %20'si zayıf, %71'i normal kilolu ve %9'u ise kiloludur. Ergenlerin ortalama vücut kitle indeksi $21,1 \pm 2,9$ 'dur.

Katılanların %4'ünün kardeşi bulunmamaktadır, %48'inin 1 kardeşi, %37'sinin 2 kardeşi, %7'sinin 3 kardeşi ve %4'ünün ise 4 kardeşi bulunmaktadır. %6'sı sadece annesiyle, %74'ü anne-baba ile, %20'si ise diğer kişiler ile birlikte yaşamaktadır.

Tablo 6.2: Anne-Baba Eğitim Durumları ve Meslekleri

Eğitim	Anne		Baba	
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)
İlkokul	45	45,0	24	24,0
Ortaokul	8	8,0	16	16,0
Lise	33	33,0	27	27,0
Üniversite	14	14,0	33	33,0
Meslek	Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)
Ev hanımı	72	72,0		
Memur	15	15,0	37	37,0
Serbest meslek	3	3,0	27	27,0
Diğer	10	10,0	36	36,0
Toplam	100	100,0	100	100,0

Tablo 6.2'de araştırmaya katılan adölesanların anne-baba meslek ve eğitim durumlarına göre frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Buna göre araştırmaya katılanların %45'inin annesi ilkokul mezunu, %14'ünün üniversitedir. %24'ünün babası ilkokul mezunu ve %33'ü ise üniversite mezunudur.

Katılımcıların %72'sinin annesi ev hanımı, %37'sini babası memurdur.

Tablo 6.3: Besin Tüketiminde Dikkat Edilenler

Besinleri tüketirken nelere dikkat edersiniz?		Evet	Hayır	Toplam
Lezzetli olmasına	n	99	1	100
	%	99,0%	1,0%	100,0%
Doyurucu olmasına	n	91	9	100
	%	91,0%	9,0%	100,0%

Subjektif kalite kriterlerine uygun olmasına	n	91	9	100
	%	91,0%	9,0%	100,0%
Kolay hazırlanabilir olmasına	n	82	18	100
	%	82,0%	18,0%	100,0%
Ekonomik olmasına	n	69	31	100
	%	69,0%	31,0%	100,0%
Pişirme yöntemine	n	62	38	100
	%	62,0%	38,0%	100,0%
Besin çeşitliliğini sağlayabilme	n	54	46	100
	%	54,0%	46,0%	100,0%
Az yağlı olmasına	n	51	49	100
	%	51,0%	49,0%	100,0%
Katkı maddesi içermemesine	n	50	50	100
	%	50,0%	50,0%	100,0%
Kalorisi düşük, besleyici değerinin yüksek olmasına	n	35	65	100
	%	35,0%	65,0%	100,0%
Su içeriğinin yüksek olmasına	n	22	78	100
	%	22,0%	78,0%	100,0%

Tablo 6.3'de araştırmaya katılan adölesanların besin tüketirken nelere dikkat ettiklerine göre frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Buna göre araştırmaya katılanların %99'u besinleri tüketirken lezzetli olmasına, %22'si ise su içeriğinin yüksek olmasına dikkat etmektedir.

Tablo 6.4: Sağlıklı Beslenme Hakkında Bilgi Kaynakları

Sağlıklı beslenme hakkında bilgi kaynakları		Evet	Hayır	Toplam
Radyo/televizyon/yazılı basın	n	73	27	100
	%	73,0%	27,0%	100,0%
Arkadaşlar/yakın çevre	n	48	52	100
	%	48,0%	52,0%	100,0%

Aile büyükleri	n	48	52	100
	%	48,0%	52,0%	100,0%
Kitaplar /broşürler	n	34	66	100
	%	34,0%	66,0%	100,0%
Sağlık personeli	n	29	71	100
	%	29,0%	71,0%	100,0%
Zayıflama merkezleri	n	19	81	100
	%	19,0%	81,0%	100,0%
Hepsi	n	12	88	100
	%	12,0%	88,0%	100,0%
Diğer	n	7	93	100
	%	7,0%	93,0%	100,0%

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan adölesanların sağlıklı beslenme hakkında bilgi kaynaklarına göre frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Buna göre araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu (%73) sağlıklı beslenme için bilgi kaynağının radyo/televizyon/yazılı basın, %19'u ise zayıflama merkezleri olduğunu söylemiştir.

Tablo 6.5: Kahvaltı Yapma Durumu

Kahvaltı düzeni	Frekans (n)	Yüzde (%)
Her sabah	59	59,0
Arada sırada	36	36,0
Sadece hafta sonları	5	5,0
Kahvaltı yapmama nedeni	Frekans (n)	Yüzde (%)
Kahvaltı için zaman ayıramıyorum	24	58,5
Sabahları açlık hissetmiyorum	14	34,1
Kahvaltı hazırlayan yok	3	7,3
Toplam	41	100,0

Tablo 6.5'de katılımcıların kahvaltı düzenleri ve düzenli yapmayanların yapmama nedenlerine göre frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Buna göre araştırmaya katılanların %59'u her sabah yani düzenli olarak kahvaltı yapmaktadır, %26'sı arada sırada, %5'i ise sadece hafta sonları yaptığını belirtmiştir. Düzenli kahvaltı yapmayan ergenlerin %58,5'i kahvaltı için zaman ayıramadığından, %34,1'i sabahları açlık hissetmediğinden ve %7,3'ü ise kahvaltı hazırlayan olmadığından düzenli olarak kahvaltı yapamadığını söylemiştir.

Tablo 6.6: Öğünlerin Değerlendirilmesi

Öğün sayısı	Ana		Ara	
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)
1 öğün	4	4,0	51	56,7
2 öğün	29	29,0	27	30,0
3 öğün	65	65,0	8	8,9
4 öğün	2	2,0	4	4,4
Toplam	100	100,0	90	100,0

Tablo 6.6'da araştırmaya katılan adölesanların ana ve ara öğün sayılarına göre frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Buna göre araştırmaya katılanların %4'ü günde 1 öğün, %29'u 2 öğün, %65'i 3 öğün ve %2'si ise 2 ana öğün yapmaktadır. Katılımcıların %10'u ise ara öğün yemediğini belirtmiştir.

Tablo 6.7: Ara Öğünlerin Değerlendirilmesi

Ara öğünde neler tüketirsiniz?		Evet	Hayır	Toplam
Meyve- kuru meyve	n	64	26	90
	%	71,1%	28,9%	100,0%
Çikolata	n	60	30	90
	%	66,7%	33,3%	100,0%
Süt- yoğurt	n	21	69	90
	%	23,3%	76,7%	100,0%

Meyve suyu	n	21	69	90
	%	23,3%	76,7%	100,0%
Kuruyemiş	n	19	71	90
	%	21,1%	78,9%	100,0%
Diğer	n	6	84	90
	%	6,7%	93,3%	100,0%

Tablo 6.7'de araştırmaya katılan ara öğün tüketen adölesanların ara öğünde genellikle neler tükettiklerine göre frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Buna göre araştırmaya katılan ara öğün tüketen adölesanların %71,1'i ara öğünde meyve-kuru meyve tükettiğini, %66,7'si çikolata, %23,3'ü süt-yoğurt, %23,3'ü meyve suyu ve %21,1'i ise kuruyemiş tükettiğini belirtmiştir.

Tablo 6.8: Düzenli olarak ara öğün tüketmeme nedeni

Ara öğün tüketmeme nedeni		Evet	Hayır	Toplam
Alışkanlığım yok	N	9	4	13
	%	69,2%	30,8%	100,0%
Zaman yetersizliği	N	3	10	13
	%	23,1%	76,9%	100,0%
Canım istemiyor, iştahsızım	N	2	11	13
	%	15,4%	84,6%	100,0%
Diğer	N	1	12	13
	%	7,7%	92,3%	100,0%

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan düzenli olarak ara öğün tüketmeyen adölesanların ara öğün tüketmeme nedenlerine göre frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Buna göre araştırmaya katılan düzenli olarak ara öğün tüketmeyenlerin (n=13) %69,2'si (n=9) alışkanlığı olmadığından, %23,1'i (n=3) zaman yetersizliğinden, %15,4'ü (n=2) ise canı istemediğinden-iştahsız olduğundan düzenli olarak ara öğün tüketmediğini belirtmiştir.

Tablo 6.9: Öğün atlama durumu ve atlanılan öğün

Öğün atlama	Frekans (n)	Yüzde (%)
Evet	62	62,0
Hayır	38	38,0
Toplam	100	100,0

Genellikle hangi öğünü atlıyorsunuz?	Frekans (n)	Yüzde (%)
Sabah kahvaltısı	34	54,8
Öğle yemeği	17	27,4
Akşam yemeği	11	17,7
Toplam	62	100,0

Tablo 6.9'da katılımcıların öğün atlama durumları ve hangi öğünleri atladıklarına göre frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Buna göre araştırmaya katılanların %62'si öğün atladığını belirtmiştir. Öğün atladığını belirtenlerin %54,8'i genellikle sabah kahvaltısını atladığını, %27,4'i öğle yemeğini, %17,7'si ise genellikle akşam yemeğini atladığını belirtmiştir.

Tablo 6.10: Öğün saatleri düzeni

Öğün saatleri düzenli mi?	Hafta içi		Hafta sonu	
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)
Evet	49	49,0	72	72,0
Hayır	51	51,0	28	28,0
Toplam	100	100,0	100	100,0

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan adölesanların hafta içi ve hafta sonu öğün saatleri düzenine göre frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Buna göre araştırmaya katılanların %49'u hafta içi, %72'si ise hafta sonu öğün saatlerinin düzenli olduğunu belirtmiştir.

Tablo 6.11: Yemek yeme alışkanlıklarının değerlendirilmesi

Dışarıda yeme sıklığı	Frekans (n)	Yüzde (%)
Her gün	26	26,0
Haftada 2-3 kez	44	44,0
Ayda 2-3 kez	30	30,0
Genellikle dışarıda yenilen öğün	Frekans (n)	Yüzde (%)
Sabah kahvaltısı	3	3,0
Öğle yemeği	71	71,0
Akşam yemeği	26	26,0
Dışarıda tercih edilen lokanta	Frekans (n)	Yüzde (%)
Fastfood	81	81,0
Ev yemekleri	10	10,0
Yöresel yemekler	7	7,0
Pastaneler	2	2,0
Akşam yemekten sonra yeme/içme alışkanlığı	Frekans (n)	Yüzde (%)
Evet	77	77,0
Hayır	23	23,0
Toplam	100	100,0

Tablo 6.11'de katılımcıların dışarıda yeme sıklığı ve akşam yemekten sonra yeme içme alışkanlığına göre frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Buna göre araştırmaya katılanların %26'sı her gün, %44'ü haftada 2-3 kez, %30'u ise ayda 2-3 kez dışarıda yemek yediğini söylemiştir. %3'ü sabah kahvaltısını, %71'i öğle yemeğini, %26'sı ise akşam yemeğini dışarıda yemektedir.

Adölesanların dışarıda tercih ettikleri yeme yerlerinin başında %81 ile fastfood restoranları gelmektedir.

Katılımcıların %77'si akşam yemekten sonra yeme içme alışkanlığının olduğunu söylemiştir.

Araştırmaya katılan adölesanların %16'sı 6 saatten az, %74'ü 6-8 saat arası ve %10'u ise 8 saatten fazla uyumaktadır. Ortalama uyku süresi $6,9 \pm 1,5$ 'tir.

Tablo 6.12: Günlük sıvı tüketimi (su-çay-kahve-neskafe)

Ortalama günlük su tüketimi	Frekans (n)	Yüzde (%)
2-4 bardak arası	25	25,0
5-7 bardak arası	33	33,0
8-10 bardak arası	28	28,0
11 bardak ve üzeri	14	14,0
Günde kaç bardak çay?	Frekans (n)	Yüzde (%)
Hiç	7	7,0
1 bardak	27	27,0
2 bardak	26	26,0
3 bardak	18	18,0
4 bardak	7	7,0
5 bardak ve üzeri	15	15,0
Günde kaç fincan kahve?	Frekans (n)	Yüzde (%)
Hiç	57	57,0
1 fincan	35	35,0
2 fincan	8	8,0
Günde kaç fincan neskafe?	Frekans (n)	Yüzde (%)
Hiç	34	34,0
1 fincan	51	51,0
2 fincan	9	9,0
3 fincan ve üzeri	6	6,0
Toplam	66	100,0

Tablo 6.12'de araştırmaya katılan adölesanların günlük sıvı (su-çay-kahve-neskafe) tüketimlerine göre frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir. Ortalama günlük su tüketimi $7,2 \pm 3,5$, çay içenlerin ortalama günlük çay tüketimi $3,1 \pm 2,7$, neskafe içenlerin ortalama günlük neskafe tüketimi $1,4 \pm 0,8$ 'dir.

Tablo 6.13: Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanları tanımlayıcı istatistikleri

n=100		Ort.	S.S.	Min.	Maks.
Sınav Kaygısı Ölçeği	Gerginlik	11,75	3,44	5,00	20,00
	Bedensel Belirtiler	7,53	2,64	5,00	16,00
	Endişe	12,92	3,66	7,00	24,00
	Sınavla İlgisiz Düşünceler	8,13	3,05	4,00	16,00
	Sınav Kaygısı Ölçeği	40,33	9,90	24,00	67,00
	Toplam				

Yukarıdaki tabloda araştırmada kullanılan Sınav Kaygısı Ölçeği ile alt boyutları puanlarına ait tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir.

Gerginlik faktörü puanı en düşük 5, en yüksek 20, ortalama ise $11,75 \pm 3,44$ 'tür. Bedensel Belirtiler faktörü puanı en düşük 5, en yüksek 16, ortalama ise $7,53 \pm 2,64$ 'tür. Endişe faktörü puanı en düşük 7, en yüksek 24, ortalama ise $12,92 \pm 3,66$ 'dır. Sınavla İlgisiz Düşünceler faktörü puanı en düşük 4, en yüksek 16, ortalama ise $8,13 \pm 3,05$ 'dir. Sınav Kaygısı Ölçeği toplam puanı ise en düşük 24, en yüksek 67, ortalama ise $40,33 \pm 9,9$ 'dur.

Çalışmamızda ÇDÖ puanına bakıldığında en düşük 1, en yüksek 47, ortalama ise $13,28 \pm 7,75$ 'tir.

Tablo 6.14: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanları normallik analizleri

		K-S		Shapiro-Wilk			
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ÇDÖ puanı		,111	100	,004	,902	100	,000
Sınav Kaygısı Ölçeği	Gerginlik	,101	100	,014	,976	100	,062
	Bedensel Belirtiler	,179	100	,000	,848	100	,000
	Endişe	,120	100	,001	,960	100	,004
	Sınavla İlgisiz Düşünceler	,125	100	,001	,938	100	,000
	Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam	,123	100	,001	,952	100	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Tablo 6.14'de araştırmada kullanılan ölçeklere ait normallik testleri sonuçları verilmiştir. Normallik sınaması için Kolmogorov-Smirnov (K-S) ve Shapiro-Wilk testleri uygulanmıştır.

Tablo incelenecek olursa ÇDÖ puanı ve Sınav kaygısı ölçeği faktörleri ve toplam puanı normal dağılım göstermemektedir, bu yüzden çalışmamızda parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır.

Tablo 6.15: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanları arasındaki ilişki

Spearman's rho	ÇDÖ puanı	Gerginlik	Bedensel Belirtiler	Endişe	Sınavla İlgisiz Düşünceler	Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam
ÇDÖ puanı	r 1					
Gerginlik	r ,517**	1				
Bedensel Belirtiler	r ,342**	,534**	1			
Endişe	r ,520**	,683**	,438**	1		
Sınavla İlgisiz Düşünceler	r ,483**	,315**	,202*	,532**	1	
Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam	r ,608**	,841**	,633**	,881**	,664**	1

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tablo 6.15'de araştırmada kullanılan Çocuklarda Depresyon ölçeği ve Sınav Kaygısı ölçeği puanları arasındaki ilişki analizi gösterilmiştir. İlişki analizi için Spearman's rho korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Tablo incelenecek olursa;

- ÇDÖ puanı ile Gerginlik faktörü arasında pozitif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,517$; $p<0,01$).
- ÇDÖ puanı ile Bedensel Belirtiler faktörü arasında pozitif doğrusal anlamlı bir ilişki vardı. ($r=0,342$; $p<0,01$).

- ÇDÖ puanı ile Endişe faktörü arasında pozitif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır (r=0,520; p<0,01).
- ÇDÖ puanı ile Sınavla İlgisiz Düşünceler faktörü arasında pozitif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır (r=0,483; p<0,01).
- ÇDÖ puanı ile Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam puanı arasında pozitif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır. (r=0,608; p<0,01). Sınav Kaygısı Ölçeği puanları arttıkça Çocuklarda Depresyon Ölçeği puanları artmaktadır.

Tablo 6.16: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

Cinsiyet		n	Ort.	S.S.	U	P
ÇDÖ puanı	Kadın	47	14,957	8,715	953,0	0,043*
	Erkek	53	11,792	6,514		
Gerginlik	Kadın	47	12,553	3,735	888,5	0,013*
	Erkek	53	11,038	3,013		
Bedensel Belirtiler	Kadın	47	8,468	2,835	716,0	0,000**
	Erkek	53	6,698	2,154		
Endişe	Kadın	47	13,319	4,065	1123,0	0,395
	Erkek	53	12,566	3,249		
Sınavla İlgisiz Düşünceler	Kadın	47	8,234	2,876	1154,5	0,527
	Erkek	53	8,038	3,216		
Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam	Kadın	47	42,574	10,450	945,5	0,038*
	Erkek	53	38,340	9,032		

****p<0,01 *p<0,05**

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan adölesanların Çocuklarda Depresyon ölçeği ve Sınav Kaygısı ölçeği puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Tabloda ortalama, standart sapma, ve Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

Buna göre:

- ÇDÖ puanı cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir (p<0,05). Kadınların puanları erkeklere göre daha yüksektir.
- Gerginlik faktörü puanı cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir (p<0,05). Kadınların puanları erkeklere göre daha yüksektir.

- Bedensel Belirtiler faktörü puanı cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p < 0,01$). Kadınların puanları erkeklere göre daha yüksektir.
- Endişe faktörü puanı cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$).
- Sınavla İlgisiz Düşünceler faktörü puanı cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$).
- Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam puanı cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Kadınların puanları erkeklere göre daha yüksektir.

Tablo 6.17: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

Yaş	n	Ort.	S.S.	Ki-kare	p	
ÇDÖ puanı	16 yaşında	4	20,000	9,129	2,354	0,308
	17 yaşında	59	13,271	8,040		
	18 yaşında	37	12,568	6,974		
Gerginlik	16 yaşında	4	13,750	1,500	4,447	0,108
	17 yaşında	59	11,322	3,491		
	18 yaşında	37	12,216	3,425		
Bedensel Belirtiler	16 yaşında	4	9,000	3,651	0,986	0,611
	17 yaşında	59	7,356	2,510		
	18 yaşında	37	7,649	2,751		
Endişe	16 yaşında	4	15,000	2,160	2,893	0,235
	17 yaşında	59	12,610	3,765		
	18 yaşında	37	13,189	3,581		
Sınavla İlgisiz Düşünceler	16 yaşında	4	10,500	4,203	3,370	0,185
	17 yaşında	59	7,712	2,767		
	18 yaşında	37	8,541	3,263		
Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam	16 yaşında	4	48,250	7,762	5,164	0,076
	17 yaşında	59	39,000	9,715		
	18 yaşında	37	41,595	10,059		

Tablo 6.17'de araştırmaya katılan adölesanların Çocuklarda Depresyon ölçeği ve Sınav Kaygısı ölçeği puanlarının yaşa göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Tabloda ortalama, standart sapma, ve Kruskal Wallis testi sonuçları verilmiştir.

Buna göre:

- ÇDÖ puanı yaşa göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Gerginlik faktörü puanı yaşa göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Bedensel Belirtiler faktörü puanı yaşa göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir($p>0,05$)
- Endişe faktörü puanı yaşa göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Sınavla İlgisiz Düşünceler faktörü puanı yaşa göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam puanı yaşa göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 6.18: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının annenin eğitim durumuna göre karşılaştırılması

Anne Eğitim		n	Ort.	S.S.	Ki-kare	p
ÇDÖ puanı	İlkokul	45	13,111	7,924	1,891	0,595
	Ortaokul	8	13,250	8,515		
	Lise	33	12,242	6,505		
	Üniversite	14	16,286	9,458		
Gerginlik	İlkokul	45	12,311	3,560	3,378	0,337
	Ortaokul	8	10,625	5,370		
	Lise	33	11,576	3,021		
	Üniversite	14	11,000	2,572		
Bedensel Belirtiler	İlkokul	45	8,267	2,675	9,728	0,021*
	Ortaokul	8	7,375	3,068		
	Lise	33	6,606	1,952		
	Üniversite	14	7,429	3,204		

Endişe	İlkokul	45	13,178	3,688	1,354	0,716
	Ortaokul	8	12,500	5,606		
	Lise	33	12,970	3,349		
	Üniversite	14	12,214	3,215		
Sınavla İlgisiz Düşünceler	İlkokul	45	7,911	2,530	1,144	0,767
	Ortaokul	8	10,000	4,986		
	Lise	33	8,000	3,298		
	Üniversite	14	8,071	2,556		
Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam	İlkokul	45	41,667	9,998	1,602	0,659
	Ortaokul	8	40,500	16,027		
	Lise	33	39,152	8,404		
	Üniversite	14	38,714	9,169		

****p<0,01 *p<0,05**

Tablo 6.18'de araştırmaya katılan ergenlerin Çocuklarda Depresyon ölçeği ve Sınav Kaygısı ölçeği puanlarının annenin eğitim durumuna göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Tabloda ortalama, standart sapma, ve Kruskal Wallis testi sonuçları verilmiştir.

Buna göre:

- ÇDÖ puanı annenin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Gerginlik faktörü puanı annenin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Bedensel Belirtiler faktörü puanı annenin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$) Lise ve ilkokul arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$). Anne eğitim durumu ilkokul olanların puanı daha yüksektir.
- Endişe faktörü puanı annenin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Sınavla İlgisiz Düşünceler faktörü puanı annenin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir. ($p>0,05$)

- Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam puanı annenin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir. ($p>0,05$)

Tablo 6.19: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının babanın eğitim durumuna göre karşılaştırılması

Baba Eğitim		n	Ort.	S.S.	Ki-kare	p
ÇDÖ puanı	İlkokul	24	13,500	8,925	2,748	0,432
	Ortaokul	16	10,750	4,919		
	Lise	27	14,778	7,602		
	Üniversite	33	13,121	8,077		
Gerginlik	İlkokul	24	12,417	3,855	6,254	0,100
	Ortaokul	16	12,688	2,600		
	Lise	27	12,000	3,922		
	Üniversite	33	10,606	2,839		
Bedensel Belirtiler	İlkokul	24	7,958	2,836	7,249	0,064
	Ortaokul	16	7,938	2,568		
	Lise	27	8,000	2,787		
	Üniversite	33	6,636	2,261		
Endişe	İlkokul	24	12,583	3,775	2,410	0,492
	Ortaokul	16	13,438	2,898		
	Lise	27	13,630	4,298		
	Üniversite	33	12,333	3,342		
Sınavla İlgisiz Düşünceler	İlkokul	24	7,958	2,710	3,497	0,321
	Ortaokul	16	7,500	2,944		
	Lise	27	8,926	3,088		
	Üniversite	33	7,909	3,292		
Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam	İlkokul	24	40,917	10,287	4,199	0,241
	Ortaokul	16	41,563	9,409		
	Lise	27	42,556	10,814		
	Üniversite	33	37,485	8,797		

Tablo 6.19'da katılımcı adölesanların Çocuklarda Depresyon ölçeği ve Sınav Kaygısı ölçeği puanlarının babanın eğitim durumuna göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Tabloda ortalama, standart sapma ve Kruskal Wallis testi sonuçları verilmiştir.

Buna göre:

- ÇDÖ puanı babanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Gerginlik faktörü puanı babanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Bedensel Belirtiler faktörü puanı babanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Endişe faktörü puanı babanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Sınavla İlgisiz Düşünceler faktörü puanı babanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam puanı babanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Ortalama, standart sapma, ve Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre araştırmaya katılan adölesanların; ÇDÖ, Sınav Kaygısı Ölçeği ve gerginlik, endişe, bedensel belirtiler, sınavla ilgisiz düşünceler faktörü puanı annelerinin mesleğine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların; ÇDÖ, Sınav Kaygı Ölçeği ve alt boyutları olan gerginlik faktörü ile endişe faktörü puanı babalarının mesleğine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir fakat Sınav Kaygı Ölçeğinin alt boyutlarından olan bedensel belirtiler faktörü puanı babanın mesleğine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Memur ve serbest meslek arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$). Baba mesleği serbest meslek olanların puanı daha yüksektir.

Tablo 6.20: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının düzenli kahvaltı yapma durumuna göre karşılaştırılması

Kahvaltı yapma		n	Ort.	S.S.	U	p
ÇDÖ puanı	Her sabah düzenli	59	10,831	4,735	711,5	0,000**
	Düzensiz	41	16,805	9,729		
Gerginlik	Her sabah düzenli	59	11,542	3,186	1097,0	0,428
	Düzensiz	41	12,049	3,794		
Bedensel Belirtiler	Her sabah düzenli	59	7,000	2,289	869,0	0,015*
	Düzensiz	41	8,293	2,935		
Endişe	Her sabah düzenli	59	12,220	3,119	926,5	0,046*
	Düzensiz	41	13,927	4,150		
Sınavla İlgisiz Düşünceler	Her sabah düzenli	59	7,508	2,873	828,5	0,007**
	Düzensiz	41	9,024	3,102		
Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam	Her sabah düzenli	59	38,271	8,523	895,5	0,028*
	Düzensiz	41	43,293	11,055		

****p<0,01 ,*p<0,05**

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan adölesanların Çocuklarda Depresyon ölçeği ve Sınav Kaygısı ölçeği puanlarının kahvaltı düzenlerine göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Tabloda ortalama, standart sapma, ve Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

Buna göre:

- ÇDÖ puanı kahvaltı düzenine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,01$). Düzenli kahvaltı yapanların puanı daha düşüktür.
- Gerginlik faktörü puanı kahvaltı düzenine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Bedensel Belirtiler faktörü puanı kahvaltı düzenine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Düzenli kahvaltı yapanların puanı daha düşüktür.
- Endişe faktörü puanı kahvaltı düzenine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Düzenli kahvaltı yapanların puanı daha düşüktür.

- Sınavla İlgisiz Düşünceler faktörü puanı kahvaltı düzenine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,01$). Düzenli kahvaltı yapanların puanı daha düşüktür.
- Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam puanı kahvaltı düzenine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Düzenli kahvaltı yapanların puanı daha düşüktür.

Araştırmaya katılan adölesanların ÇDÖ ve Sınav Kaygısı Ölçeği ile alt boyutları puanlarını günlük tüketilen ana öğün sayılarına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir. ($p>0,05$) Günlük tüketilen ara öğün sayılarına göre; ÇDÖ ve Sınav Kaygısı Ölçeği ile alt boyutlarından olan endişe, gerginlik ve bedensel belirtiler de istatistiksel olarak farklılık göstermezken, sınavla ilgisiz düşünceler faktörü puanı günlük yenilen ara öğün sayısına göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. ($p<0,05$) 1 ara öğün tüketenler ile 4 ara öğün tüketenler arasındaki fark anlamlıdır. ($p<0,05$) 4 ara öğün tüketenlerin puanı daha yüksektir.

Tablo 6.21: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının öğün atlama durumuna göre karşılaştırılması

Öğün Atlama		n	Ort.	S.S.	U	P
ÇDÖ puanı	Evet	62	14,742	7,368	728,5	0,001**
	Hayır	38	10,895	7,866		
Gerginlik	Evet	62	12,306	3,356	887,5	0,038*
	Hayır	38	10,842	3,421		
Bedensel Belirtiler	Evet	62	8,290	2,939	689,5	0,000**
	Hayır	38	6,289	1,354		
Endişe	Evet	62	13,532	3,797	903,0	0,049*
	Hayır	38	11,921	3,216		
Sınavla İlgisiz Düşünceler	Evet	62	8,581	2,849	832,0	0,013*
	Hayır	38	7,395	3,251		
Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam	Evet	62	42,710	10,319	768,5	0,004**
	Hayır	38	36,447	7,873		

** $p<0,01$ * $p<0,05$

Tablo 6.21'de araştırmaya katılan adölesanların Çocuklarda Depresyon ölçeği ve Sınav Kaygısı ölçeği puanlarının öğün atlama durumuna göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Tabloda ortalama, standart sapma, ve Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

Buna göre:

- ÇDÖ puanı öğün atlama durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.($p<0,01$). Öğün atlayanların puanı daha yüksektir.
- Gerginlik faktörü puanı öğün atlama durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Öğün atlayanların puanı daha yüksektir.
- Bedensel Belirtiler faktörü puanı öğün atlama durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,01$). Öğün atlayanların puanı daha yüksektir.
- Endişe faktörü puanı öğün atlama durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Öğün atlayanların puanı daha yüksektir.
- Sınavla İlgisiz Düşünceler faktörü puanı öğün atlama durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Öğün atlayanların puanı daha yüksektir.
- Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam puanı öğün atlama durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,01$). Öğün atlayanların puanı daha yüksektir.

Tablo 6.22: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının dışarıda yeme sıklığına göre karşılaştırılması

Dışarıda yeme sıklığı		n	Ort.	S.S.	Ki-kare	P
ÇDÖ puanı	Her gün	26	15,654	9,329	2,628	0,269
	Haftada 2-3 gün	44	11,773	5,925		
	Ayda 2-3 gün	30	13,433	8,341		
Gerginlik	Her gün	26	12,654	3,199	2,558	0,278
	Haftada 2-3 gün	44	11,295	3,130		
	Ayda 2-3 gün	30	11,633	3,996		
Bedensel Belirtiler	Her gün	26	8,038	2,835	2,451	0,294
	Haftada 2-3 gün	44	7,068	2,396		
	Ayda 2-3 gün	30	7,767	2,775		

Endişe	Her gün	26	14,000	3,919		
	Haftada 2-3 gün	44	12,205	3,100	3,161	0,206
	Ayda 2-3 gün	30	13,033	4,038		
Sınavla İlgisiz Düşünceler	Her gün	26	8,769	2,503		
	Haftada 2-3 gün	44	7,773	3,034	3,066	0,216
	Ayda 2-3 gün	30	8,100	3,478		
Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam	Her gün	26	43,462	10,005		
	Haftada 2-3 gün	44	38,341	8,369	3,874	0,144
	Ayda 2-3 gün	30	40,533	11,398		

Tablo 6.22'de katılımcıların Çocuklarda Depresyon ölçeği ve Sınav Kaygısı ölçeği puanlarının dışarıda yeme sıklığına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Tabloda ortalama, standart sapma, ve Kruskal Wallis testi sonuçları verilmiştir.

Buna göre:

- ÇDÖ puanı dışarıda yeme sıklığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Gerginlik faktörü puanı dışarıda yeme sıklığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Bedensel Belirtiler faktörü puanı dışarıda yeme sıklığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Endişe faktörü puanı dışarıda yeme sıklığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Sınavla İlgisiz Düşünceler faktörü puanı dışarıda yeme sıklığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam puanı dışarıda yeme sıklığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 6.23: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının akşam yemekten sonra yeme/içme alışkanlığına göre karşılaştırılması

Akşam yemekten sonra yeme/içme alışkanlığı		N	Ort.	S.S.	U	P
ÇDÖ puanı	Evet	77	13,558	6,897	713,0	0,157
	Hayır	23	12,348	10,245		
Gerginlik	Evet	77	12,052	3,236	677,5	0,087
	Hayır	23	10,739	3,957		
Bedensel Belirtiler	Evet	77	7,662	2,522	672,0	0,076
	Hayır	23	7,087	3,014		
Endişe	Evet	77	13,117	3,433	727,0	0,192
	Hayır	23	12,261	4,340		
Sınavla İlgisiz Düşünceler	Evet	77	8,169	2,867	810,0	0,534
	Hayır	23	8,000	3,656		
Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam	Evet	77	41,000	9,269	660,0	0,065
	Hayır	23	38,087	11,739		

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan adölesanların Çocuklarda Depresyon ölçeği ve Sınav Kaygısı ölçeği puanlarının akşam yemekten sonra yeme/içme alışkanlıklarına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Tabloda ortalama, standart sapma, ve Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

Buna göre:

- ÇDÖ puanı akşam yemekten sonra yeme/içme alışkanlığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Gerginlik faktörü puanı akşam yemekten sonra yeme/içme alışkanlığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Bedensel Belirtiler faktörü puanı akşam yemekten sonra yeme/içme alışkanlığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Endişe faktörü puanı akşam yemekten sonra yeme/içme alışkanlığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

- Sınavla İlgisiz Düşünceler faktörü puanı akşam yemekten sonra yeme/içme alışkanlığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam puanı akşam yemekten sonra yeme/içme alışkanlığına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 6.24: Vitamin- mineral alımı

Vitamin- mineral desteği	Frekans (n)	Yüzde (%)
Evet	16	16,0
Bazen	22	22,0
Hayır	62	62,0
Toplam	100	100,0

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan adölesanların Vitamin- mineral tüketimlerine göre frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir.

Buna göre araştırmaya katılanların %16'sı vitamin-mineral desteği alırken,% 22'si bazen vitamin-mineral aldığını söylemiştir. %62'si ise kullanmadığı belirtmiştir.

Tablo 6.25: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının vitamin mineral alma durumuna göre karşılaştırılması

Vitamin- mineral desteği	n	Ort.	S.S.	Ki-kare	P	
ÇDÖ puanı	Evet	16	13,750	7,188	1,993	0,369
	Bazen	22	14,091	5,135		
	Hayır	62	12,871	8,677		
Gerginlik	Evet	16	13,313	2,983	8,123	0,017*
	Bazen	22	12,545	3,019		
	Hayır	62	11,065	3,538		
Bedensel Belirtiler	Evet	16	8,813	2,971	4,777	0,092
	Bazen	22	7,500	2,385		
	Hayır	62	7,210	2,574		
Endişe	Evet	16	13,625	3,138	4,190	0,123
	Bazen	22	13,500	2,385		
	Hayır	62	12,532	4,112		

Sınavla İlgisiz Düşünceler	Evet	16	7,563	2,756		
	Bazen	22	8,500	2,650	1,216	0,545
	Hayır	62	8,145	3,264		
Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam	Evet	16	43,313	8,348		
	Bazen	22	42,045	7,194	6,542	0,038*
	Hayır	62	38,952	10,906		

****p<0,01 *p<0,05**

Tablo 6.25'de araştırmaya katılan adölesanların Çocuklarda Depresyon ölçeği ve Sınav Kaygısı ölçeği puanlarının vitamin-mineral alımına göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Tabloda ortalama, standart sapma, ve Kruskal Wallis testi sonuçları verilmiştir.

Buna göre:

- ÇDÖ puanı vitamin-mineral alımına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Gerginlik faktörü puanı vitamin-mineral alımına göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Vitamin-mineral kullananlar ile kullanmayanlar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$). Vitamin kullananların puanı daha yüksektir.
- Bedensel Belirtiler faktörü puanı vitamin-mineral alımına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Endişe faktörü puanı vitamin-mineral alımına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Sınavla İlgisiz Düşünceler faktörü puanı vitamin-mineral alımına göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam puanı vitamin-mineral alımına göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$).
- Vitamin-mineral kullananlar ile kullanmayanlar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$). Vitamin kullananların puanı daha yüksektir.

Tablo 6.26: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının uyku süresine göre karşılaştırılması

Uyku süresi	N	Ort.	S.S.	Ki-kare	P	
ÇDÖ puanı	6 saatten az	16	13,438	6,703		
	6-8 saat arası	74	13,500	7,806	1,751	0,417
	8 saatten fazla	10	11,400	9,359		
Gerginlik	6 saatten az	16	10,688	3,049		
	6-8 saat arası	74	11,959	3,594	1,296	0,523
	8 saatten fazla	10	11,900	2,726		
Bedensel Belirtiler	6 saatten az	16	7,625	2,849		
	6-8 saat arası	74	7,405	2,585	1,147	0,563
	8 saatten fazla	10	8,300	2,830		
Endişe	6 saatten az	16	12,375	3,557		
	6-8 saat arası	74	13,135	3,688	0,836	0,658
	8 saatten fazla	10	12,200	3,765		
Sınavla İlgisiz Düşünceler	6 saatten az	16	8,375	3,304		
	6-8 saat arası	74	8,041	3,036	0,307	0,858
	8 saatten fazla	10	8,400	2,989		
Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam	6 saatten az	16	39,063	8,873		
	6-8 saat arası	74	40,541	10,179	0,348	0,840
	8 saatten fazla	10	40,800	10,196		

Tablo 6.26'da araştırmaya katılan adölesanların Çocuklarda Depresyon ölçeği ve Sınav Kaygısı ölçeği puanlarının uyku süresine göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Tabloda ortalama, standart sapma, ve Kruskal Wallis testi sonuçları verilmiştir.

Buna göre:

- ÇDÖ puanı uyku süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Gerginlik faktörü puanı uyku süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

- Bedensel Belirtiler faktörü puanı uyku süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Endişe faktörü puanı uyku süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Sınavla İlgisiz Düşünceler faktörü puanı uyku süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam puanı uyku süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 6.27: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının vücut kitle indeksi ile ilişkileri

Spearman's rho		VKİ
ÇDÖ puanı	r	,040
Gerginlik	r	-,244*
Bedensel Belirtiler	r	-,124
Endişe	r	-,228*
Sınavla İlgisiz Düşünceler	r	-,104
Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam	r	-,230*

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Yukarıdaki tabloda araştırmada kullanılan Çocuklarda Depresyon ölçeği ve Sınav Kaygısı ölçeği puanları ile VKİ arasındaki ilişki analizi gösterilmiştir. İlişki analizi için Spearman's rho korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Tablo incelenecek olursa;

- Gerginlik faktörü puanı ile vücut kitle indeksi arasında negatif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,244$; $p<0,05$). Vücut kitle indeksi arttıkça Gerginlik faktörü puanı düşmüştür.
- Endişe faktörü puanı ile vücut kitle indeksi arasında negatif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,228$; $p<0,05$). Vücut kitle indeksi arttıkça Endişe faktörü puanı düşmüştür.

- Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam puanı ile vücut kitle indeksi arasında negatif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,230$; $p<0,05$). Vücut kitle indeksi arttıkça Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam puanı düşmüştür.
- Vücut kitle indeksi arttıkça ÇDÖ puanı artış göstermiştir.

Tablo 6.28: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının sıvı tüketim miktarları ile ilişkileri

Spearman's rho	Su tüketimi	Çay tüketimi	Kahve tüketimi	Neskafe tüketimi
ÇDÖ puanı	r -,288**	-,099	,012	-,028
Gerginlik	r -,083	-,034	,008	,022
Bedensel Belirtiler	r -,140	-,136	-,016	-,007
Endişe	r -,098	,017	,005	,048
Sınavla İlgisiz Düşünceler	r -,102	,014	-,052	-,146
Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam	r -,104	-,026	-,032	-,005

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 6.28'de araştırmada kullanılan Çocuklarda Depresyon ölçeği ve Sınav Kaygısı ölçeği puanları ile sıvı tüketim miktarları arasındaki ilişki analizi gösterilmiştir. İlişki analizi için Spearman's rho korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Tablo incelenecek olursa;

- ÇDÖ puanı ile su tüketimi arasında negatif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır. ($r=-0,288$; $p<0,01$) Su tüketimi düştükçe ÇDÖ puanı artmaktadır.

Sınav kaygısı ölçeği faktörleri ile su tüketimi arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Ölçekler ile çay, kahve ve neskafe tüketim miktarları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 6.29: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının ara öğünde çikolata tüketmesine göre karşılaştırılması

Çikolata		n	Ort.	S.S.	U	P
ÇDÖ puanı	Evet	60	14,000	8,467	804	0,411
	Hayır	30	12,133	6,684		
Gerginlik	Evet	60	12,083	3,614	750	0,197
	Hayır	30	11,200	3,199		
Bedensel Belirtiler	Evet	60	7,683	2,620	728	0,134
	Hayır	30	6,967	2,498		
Endişe	Evet	60	13,783	3,897	543	0,002**
	Hayır	30	11,300	2,654		
Sınavla İlgisiz Düşünceler	Evet	60	8,583	2,872	612	0,013*
	Hayır	30	7,233	3,520		
Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam	Evet	60	42,133	10,370	607,5	0,012*
	Hayır	30	36,700	8,205		

****p<0,01 *p<0,05**

Tablo 6.29'da araştırmaya katılan aölesanların Çocuklarda Depresyon ölçeği ve Sınav Kaygısı ölçeği puanlarının ara öğünlerde çikolata yenilip yenilmemesine göre karşılaştırılması gösterilmiştir. Tabloda ortalama, standart sapma, ve Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

Buna göre:

- ÇDÖ puanı ara öğünde çikolata yenilip yenilmemesine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Gerginlik faktörü puanı ara öğünde çikolata yenilip yenilmemesine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Bedensel Belirtiler faktörü puanı ara öğünde çikolata yenilip yenilmemesine göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Endişe faktörü puanı ara öğünde çikolata yenilip yenilmemesine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,01$). Ara öğünde çikolata yiyenlerin puanı daha yüksektir.

- Sınavla İlgisiz Düşünceler faktörü puanı ara öğünde çikolata yenilip yenilmemesine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.($p<0,05$) Ara öğünde çikolata yiyenlerin puanı daha yüksektir.
- Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam puanı ara öğünde çikolata yenilip yenilmemesine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ara öğünde çikolata yiyenlerin puanı daha yüksektir.

Tablo 6.30: ÇDÖ ve Sınav Kaygısı ölçeği ile alt boyutları puanlarının Şekerli besinler, Çikolata-Gofret, Tatlı ve Börek-Çörek tüketim sıklıkları ile ilişkileri

Spearman's rho	Şekerli besinler	Çikolata-Gofret	Tatlılar	Börek Çörek
ÇDÖ puanı	r ,017	,164	,162	,143
Gerginlik	r -,014	,099	,048	,168
Bedensel Belirtiler	r ,010	,035	,065	,029
Endişe	r ,168	,111	,201*	,204*
Sınavla İlgisiz Düşünceler	r ,134	,215*	,193	,092
Sınav Kaygısı Ölçeği Toplam	r ,098	,158	,159	,179

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Yukarıdaki tabloda araştırmada kullanılan ÇDÖ ve Sınav Kaygısı Ölçeği puanlarının şekerli besinler, çikolata-gofret, tatlı ve börek-çörek tüketim sıklıkları ile ilişkileri gösterilmiştir. İlişki analizi için Spearman's rho korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Tablo incelenecek olursa;

- Endişe faktörü puanı ile tatlı tüketim sıklığı($r=0,201$; $p<0,05$) ve börek-çörek tüketim sıklığı ($r=0,204$; $p<0,05$) arasında pozitif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır. Tatlı ve börek-çörek tüketim sıklıkları arttıkça Endişe faktörü puanı artmaktadır.
- Sınavla İlgisiz Düşünceler faktörü puanı çikolata-gofret tüketim sıklığı arasında pozitif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,215$; $p<0,05$). Çikolata-gofret tüketim sıklığı arttıkça Sınavla İlgisiz Düşünceler faktörü puanı artmaktadır.

ÇDÖ puanı ile şekerli besinler, çikolata-gofret, tatlı ve bökrek-çörek tüketim sıklıkları arasında ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 6.31: Besin tüketim sıklığı

Besin tüketim sıklığı	Hiç	Ayda 1 kez	Ayda 2-3 kez	Haftada 1-2 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 5-6 kez	Her gün	Her porsiyon	Toplam
Süt ve türevleri	% 4,0%	8,0%	9,0%	30,0%	13,0%	4,0%	28,0%	4,0%	100,0%
Yoğurt	% 3,0%	0,0%	5,0%	39,0%	24,0%	3,0%	24,0%	2,0%	100,0%
Peynir	% 5,0%	1,0%	2,0%	18,0%	3,0%	7,0%	61,0%	3,0%	100,0%
Kırmızı et	% 4,0%	11,0%	30,0%	30,0%	16,0%	5,0%	4,0%	0,0%	100,0%
Et ürünleri	% 5,0%	10,0%	21,0%	37,0%	15,0%	4,0%	8,0%	0,0%	100,0%
Tavuk-hindi	% 3,0%	9,0%	24,0%	39,0%	14,0%	6,0%	5,0%	0,0%	100,0%
Balık	% 12,0%	26,0%	30,0%	29,0%	2,0%	1,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Yumurta	% 6,0%	6,0%	11,0%	41,0%	17,0%	5,0%	13,0%	1,0%	100,0%
Kurubaklagiller	% 7,0%	7,0%	14,0%	34,0%	26,0%	5,0%	7,0%	0,0%	100,0%
Ekmek	% 1,0%	0,0%	0,0%	2,0%	1,0%	2,0%	37,0%	57,0%	100,0%
Pirinç-Bulgur-Makarna	% 0,0%	0,0%	6,0%	45,0%	17,0%	16,0%	16,0%	0,0%	100,0%
Sebzeler	% 4,0%	2,0%	7,0%	36,0%	12,0%	11,0%	23,0%	5,0%	100,0%
Meyveler	% 0,0%	1,0%	7,0%	13,0%	13,0%	9,0%	49,0%	8,0%	100,0%
Şekerli besinler	% 3,0%	3,0%	8,0%	30,0%	8,0%	6,0%	38,0%	4,0%	100,0%
Çikolata-Gofret	% 0,0%	2,0%	5,0%	24,0%	11,0%	7,0%	45,0%	6,0%	100,0%
Tatlılar	% 2,0%	13,0%	18,0%	35,0%	19,0%	2,0%	9,0%	2,0%	100,0%
Bökrek Çörek	% 1,0%	18,0%	22,0%	36,0%	11,0%	8,0%	4,0%	0,0%	100,0%
İçecekler	% 1,0%	0,0%	2,0%	9,0%	5,0%	3,0%	58,0%	22,0%	100,0%

7. TARTIŞMA

Araştırma, adölesanların beslenme alışkanlıkları ile ruhsal süreçleri arasında nasıl bir ilişki olduğunu anlamak üzerine planlanmış ve yürütülmüştür.

Litaratür incelendiğinde, beslenme alışkanlıkları ve ruhsal süreçlerin ilişkisi ile ilgili araştırmaların Türkiye için sınırlı sayıda olduğu, varolan çalışmaların büyük bölümünü psikiyatrik çalışmaların oluşturduğu görülmektedir. Bu çalışmada elde edilen bulgular, daha önceden yapılan çeşitli araştırmaların benzer kısımları ile karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya 47 kız, 53 erkek adölesan olmak üzere gönüllülük ilkesi ve gerekli izinler alınarak toplamda 100 kişi katılmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından sürdürülen TBSA-2010'a göre 6-18 yaş arası çocuk ve adölesanın %22,5'inin fazla kilolu veya obez olduğu bulunmuştur (106). Türkiye İstatistik Kurumunun 2012 verilerinde ise gençlerin %18,6'sı fazla kilolu veya obez olduğu saptanmıştır. (107).

Bundak ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, 18 yaş Türk erkek çocuklar için fazla kilolu olma oranını %25, obezite oranını %4, 14 yaş Türk kızları için ise fazla kilolu olma oranını % 15, obezite oranını %1 olarak bildirmişlerdir (102). Cinaz ve arkadaşları ise 12600 okul çocuğunu kapsayan geniş bir saha çalışması yaparak VKİ persentil değerlerini çıkartmıştır. Çalışmalarında obezite prevalansını % 7.5, fazla kilolu çocuk prevalansını ise %6.3 olarak saptamışlardır (108).

Çalışmamızda ise fazla kiloluluk veya obezite oranı yapılan diğer çalışmalara kıyasla daha düşüktür. Katılımcıların vücut kitle indekslerine bakıldığında; 20'si zayıf (<18 kg/m²), 71'i normal (18-23 kg/m²) ve 9'u (23-30 kg/m²) fazla kiloludur. Fazla kilolu ve obezite sıklığının daha düşük bulunmasının katılımcıların boy ve ağırlıklarını öz bildirim yöntemiyle alınmasından kaynaklanabileceği de düşünülmüştür.

Çalışmamızda, fazla kiloludan daha çok, normal kilosunun altında adölesan yer almıştır. Normal kilonun altında olmak, adölesanlar tarafından olumlu algılanıp, onaylanan güzellik imajıyla örtüştüğü için sağlık problemi olarak kabul edilmese de, yeme bozukluklarının oluşmasına zemin hazırlaması sebebiyle oldukça büyük önem taşımaktadır (109).

Yapılan araştırmalar, depresif duygu durum ve depresyon tanısı ile obezitenin ilişkili olduğunu göstermiştir (110).

Bir başka çalışmada, obezite ve diğer sağlık sorunları nedeniyle tedavi gören bireylerde orta derecede depresyon ve anksiyete belirtileri bulunduğu tespit edilmiştir. Depresyon ve obezitenin ortak noktalarının gözden geçirildiği makalede, her iki durumun ailesel geçiş özelliği gösterdiği vurgulanmıştır. Hem depresyonun hem de obezitenin etyolojisinde stres ve fiziksel hastalık gibi çevresel özelliklerin etkili olduğu, serotoninergic dengesizliğin depresyon ya da obezite ile sonuçlanabildiği belirtilmiştir (111).

Yapılan bir çalışmada, obez kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtilerinin yüksek olduğu, orta/şiddetli depresif belirti varlığı ile VKİ arasında pozitif ilişki bulunduğu ve diğer çalışmalarda da obezitede yüksek oranlarda depresyon görüldüğü tespit edilmiştir. (112, 113, 114).

İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın olarak kabul edilmektedir. Emosyonel durumla bağlantılı olan yemek yeme davranışı emosyonel yeme olarak tanımlanmaktadır. Emosyonel yemenin beden ağırlığı ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (115).

Çalışmalarda sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma, korku, gerilim ve ağrı sırasında azalma olduğunu bildirilmektedir (116).

Üniversite ğrencilerinde yeme tutumu ve depresyon ilişkisinin incelendiği bir çalışmada yeme bozuklukları ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (117).

Bizim alışmamızda, vücut kitle indeksi arttıca sınav kaygısı ile alt boyutları olan gerginlik ve endişe faktörü puanları düşmüştür. Bunun aksine; vücut kitle indeksi artışı ile depresyon puanı artış göstermiştir. Sonuçlar, yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Avustralya’lı adölesanlarla yapılan çalışmada, erkek öğrencilerin % 50’ sinin ve kız öğrencilerin % 69’ unun sıkıntıda bir Şeyler yedikleri; aynı oranlarda erkek ve kız öğrencilerin %25’ inin, zgnken daha çok yedikleri saptanmıştır. Dokuz yüz iki adölesan üzerinde yapılan başka bir çalışmada erkeklerin % 59.5’ i, kızların % 79.8’ i

sıkıldıklarında yemek yediklerini ve erkeklerin % 25.5' i, kızların % 53.1' i depresif olduklarında daha çok yediklerini belirtmişlerdir (118,119).

Çeşitli çalışmalarda da aynı şekilde kızlar arasında depresyonun erkeklerden daha yaygın olduğu bildirilmektedir (120,121).

Yapılan bir çalışmada, depresyon oranları 13 yaşına kadar kız ve erkeklerde eşit iken 13 yaşından sonra kızlarda erkeklere oranla 2-3 kat arttığı görülmüştür (122).

Yıldız'ın lise öğrencileri üzerinde yapmış olduğu benzer bir çalışmada cinsiyet, sınav kaygısı toplam ve alt boyut puanlarının en güçlü nedeni olarak ortaya çıkmıştır (50).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, obez olan ve olmayan erkekler arasında psikiyatrik belirti sıklığının farklı olmadığı, ancak obez kadınlarda obez olmayanlara göre depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (123).

Çalışmamızda ÇDÖ ve Sınav Kaygı Ölçeği puanları da literatür ile benzerlik gösterme olup kızlarda depresyon ve sınav kaygısı, erkeklere göre daha fazla bulunmuştur.

Ebeveyn eğitimi çocuk ve ergenler için önemli bir ailesel demografik özelliktir. Ülkemizde ilkokul öğrencileriyle yapılan çalışmalar anne-baba eğitiminin çocuğun davranışsal, sosyal, duygusal özellikleri ile akademik durumları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Araştırma bulguları düşük baba eğitim düzeyinin kızlardaki depresyonla ilişkili olduğunu belirtmektedir (124).

Bizim bulgularımızda ise baba eğitim durumunun adölesanlarda görülen depresyonla ilişkili olmadığı görülmüştür.

Araştırmamıza katılanların %99'u besinleri tüketirken lezzetli olmasına, %91'i doyurucu olmasına, %91'i subjektif kalite kriterlerine uygun olmasına %82'si kolay hazırlanabilir olmasına, %69'u ekonomik olmasına, %62'si pişirme yöntemine, %54'ü besin çeşitliliğini sağlayabilmeye, %51'i az yağlı olmasına, %50'si katkı maddesi içermemesine, %35'i kalorisi düşük besleyici değerinin yüksek olmasına ve %22'si de su içeriğinin yüksek olmasına dikkat etmektedir.

Ukrayna'da yapılan bir sağlıklı beslenme tutum araştırmasında katılımcıların en çok tazelik ve kaliteye önem verdiği ardından gıdanın bedeline ve lezzetine dikkat ettikleri bulunmuştur (125). İrlanda'da yapılan bir çalışmada da kalite, tazelik ve lezzet gıda tüketim durumlarında ortaya çıkan en önemli bileşenlerdir (126).

Konya il merkezinde yapılan çalışmada; tüketicilerin gıda ürünlerini satın alırken en çok son kullanma tarihine, daha sonra sağlığa uygun olup olmadığına baktıkları görülürken,

Topuzoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada anket uygulanan bireylerin gıdalarda gıda katkı maddesi bulunmamasına dikkat eden bir tutum sergiledikleri saptanmıştır (127,128).

Çalışmamızda adölesanların % 65'i günde 3 öğün, % 29'u 2, %2'si 4 ve %4'ü ise 1 öğün tüketmektedir.

Aytekin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada öğrencilerin % 55'inin 3 öğün ve % 35'inin 2 öğün yemek yedikleri belirlenmiştir (129). şimşek'in çalışmasında, öğrencilerin % 70'i günde 3 öğün, %25'i 2 öğün yemek yemektedir. Karayormuk'un çalışmasında ise öğrencilerin % 52'si günde 3 öğün beslenirken, 2 öğün beslenenlerin oranı %36 olarak bulunmuştur. Sağlam ise yaptığı çalışmada öğrencilerin %63'ünün günde 3 öğün tükettiğini, %17'sinin de günde 1-2 öğün tükettiğini belirtmiştir (130).

Bizim çalışmamızın sonuçları ile tüm bu araştırma bulguları benzerlik göstermektedir. Adölesanlar için günün en önemli ve en çok ihmal edilen öğünü kahvaltıdır. Akşam yemeği ile kahvaltı arasındaki sürenin uzun olması nedeniyle, kahvaltı zamanında birey açlık düzeyinde, beyine enerji sağlayan kan şekeri de en alt seviyededir. Bu nedenle öğrencilerin kahvaltı yapmaması, problem çözme becerilerini azaltmakta; düzenli kahvaltı ise, okul başarısını ve akademik puanı yükseltmekte, öğrenme ve anımsamayı içine alan birçok beyin ve davranış işlevlerini olumlu yönde etkilemektedir (131).

Eser, şahin, Demireli'nin Konya'da iki yetiştirme yurdunda barınan 3–18 yaş arası adölesanların beslenme durumlarını saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada, kız ve erkeklerde öğün atlama alışkanlığı olduğu ve özellikle sabah kahvaltısını atlama oranının yüksek olduğu, öğün aralarında simit-bisküvi-kurabiye, kola, şeker-çikolata gofret gibi yiyeceklerin tüketildiği saptanmıştır (132).

Yapılan çalışmalarda, ilkokul döneminde yüksek olan düzenli kahvaltı yapma alışkanlığı oranı üniversite dönemlerine doğru gittikçe düşmektedir (63,133).

Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %60.7'sinin düzenli, %20.2'sinin bazen, %19.1'inin hiç kahvaltı yapmadığı saptanmıştır Öğrenciler ile yapılan başka çalışmalarda en çok atlanan öğünün öğlen yemeği olduğu bildirilmiştir (134). Lise öğrencileri ile yapılan bir diğer çalışmada; öğrencilerin %81'inin öğün atladığı, en sık atlanan öğünün % 45.6 ile kahvaltı olduğu, bunu %39.8 ile öğle yemeğinin izlediği belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada öğrencilerin %47.4'ünün vakit bulamadığı, %42.3'ünün canı istemediği için öğün atladıkları belirlenmiştir. Diğer bir çalışmada da

öğrencilerin %49.6'sının canı istemediği için öğün atladığı saptanmıştır (135) Eser ve arkadaşları yaptıkları çalışmada en çok sabah kahvaltısının (%58.3), en az öğle öğününün (%19.7) atlandığını tespit etmişlerdir (132). Diğer bir çalışmada en çok sabah kahvaltısının (%40.5), en az akşam yemeğinin (%3.1) yenmediği bildirilmiştir (130). Özdoğan ve arkadaşları üniversitede öğrenim gören kızlar üzerine yaptıkları çalışmada hergün kahvaltı yapanların oranını %44.1 olarak bildirmişlerdir (135).

Turcani ve arkadaşlarının çalışmasında da kahvaltıyı atlama öğrencilerin yaklaşık %20'sinde görülmüştür (136).

Türk ve arkadaşlarının çalışmalarında da öğrencilerin % 81'i öğün atlamaktadır. En sık atlanan öğün % 45.6 ile kahvaltıdır ve öğün atlama nedeni olarak yeme isteğinin olmaması ve zaman yetersizliği belirlenmiştir (137).

Araştırmamızda da adölesanların %59'u her sabah yani düzenli olarak kahvaltı yapmaktadır, %26'sı arada sırada, %5'i ise sadece hafta sonları yaptığını belirtmiştir. Düzenli kahvaltı yapmayan ergenlerin %58,5'i kahvaltı için zaman ayıramadığından, %34,1'i sabahları açlık hissetmediğinden ve %7,3'ü ise kahvaltı hazırlayan olmadığından düzenli olarak kahvaltı yapamadığını söylemiştir. Literatürde bildirilen sonuçların bu çalışmadaki bulguları destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Erten çalışmasında, öğrencilerin sabah ve akşam öğünlerini en çok ev, öğle yemeklerini okul/yurt yemekhanesi, ara öğün olarak kuşluk ve ikindi öğünlerini en çok okul/ yurt kantini, gece öğünlerini ise evde gerçekleştirdiklerini belirtmiştir (138).

Çalışmamıza katılan adölesanların dışarıda tercih ettikleri yemek yeme yerlerinin başında %81 ile fastfood restoranları gelmektedir, %10'u ev yemeklerini ve %7'si ise yöresel yemekleri tercih etmektedir.

Aslan ve arkadaşları çalışmalarında adolesan yaş grubunun gelişiminde önemli olan temel besin maddelerinin (süt, yoğurt, peynir, taze meyve ve sebze) tüketiminin düşük olduğu tespit etmişlerdir (139).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda öğrencilerin çok az süt tükettikleri saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinin fast-food tarzı beslenme alışkanlıklarının değerlendirildiği bir çalışmada, öğrencilerin %64.8'inin bu tür beslenme alışkanlığına sahip olduğu bulunmuştur (140,134).

Özcan, Alphan, Avcı'nın İstanbul'daki iki lisede okuyan 14–18 yaşları arasında 721 öğrencinin beslenme alışkanlıklarını saptamak ve değerlendirmek amacıyla yaptıkları

çalışmada; her iki okulda da süt ve fast-food tüketimi yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin çoğunluğunun (%66,2) günde üç öğün yemek yedikleri ve yemeklerle birlikte düz lisedeki öğrencilerin çay ve kahveyi, Anadolu lisesindeki öğrencilerin ise meşrubat ve kolalı içecekleri yüksek olarak tükettikleri saptanmıştır (140).

Öğrenci yurdunda yapılmış olan bir çalışmada, öğrencilerde fastfood tüketimi ve ara öğünlerde çikolata, hamur işleri ve bisküvi tüketiminin çok fazla (%73) olduğu bulunmuştur (141).

Üniversite öğrencilerinin fast-food tarzı beslenme alışkanlıklarının değerlendirildiği çalışmada ise öğrencilerin %64.8'inde bu tür beslenme alışkanlığı olduğu bulunmuştur (142).

15-25 yaş grubu tüketicilerle yapılan bir araştırma sonuçlarına göre; gençler gelir düzeyleri ne olursa olsun çikolata ve ürünlerini tüketmektedirler (143).

Tezcan ve arkadaşlarının çalışması da diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Ara öğün vakitlerinde kola, gofret, çikolata gibi yüksek kalorili ve besin değeri düşük gıdaların tüketimi arttıkça, öğrencilerin BKİ değerlerinin arttığı saptanmıştır (144).

Karbonhidrattan zengin besinlerin tüketiminden 1-2 saat sonra öfke ve gerilim gibi duyguların yatıştığı ve yüksek kan şekeri düzeylerinin azalmış gerilimle ilişkili olduğu da bu konuda yapılan ilk araştırmalarda saptanmıştır (145). Wells ve arkadaşları 1 ay süre ile 10 kadın ve 10 erkek sağlıklı gönüllü ile yaptıkları bir deneyde yüksek oranda yağlı diyetten (%41) düşük oranda yağlı diyete (%25) geçildiğinde agresiflik, öfke gibi olumsuz duygusal değişikliklerin ortaya çıktığını göstermişlerdir (146).

Çalışmamızda, adölesanların %28'i her gün süt, %24'ü her gün yoğurt, % 61 her gün peynir tüketmektedir. Ara öğünlerde çikolata tüketim oranı da çok yüksektir (%66). Ara öğünde çikolata tüketen katılımcıların tüketmeyenlere göre Sınav Kaygı Ölçeği toplam puanı ve alt faktörleri olan endişe ile sınavla ilgisiz düşünceler faktörü puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca çikolata-gofret, tatlı ve börek-çörek tüketim sıklığı arttıkça Sınav Kaygı Ölçeği toplam puanı ve alt faktörleri olan endişe, sınavla ilgisiz düşünceler puanları da artış göstermiştir. Bunun sebeplerinden biri olarak; "fastfood" türü gıdalara ulaşımın kolay ve ucuz olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Chan ve ark. tarafından, normal sağlıklı ve 20 yaş üzerindeki bireylerde yapılan bir araştırmada, kız ve erkeklerde günlük su tüketimi (%10.6) ilk sırada, daha sonra

sırasıyla meşrubatlar (%7.9), neskafe ve sıcak içeceklerin (%4.5) geldiği bulunmuştur (134).

Çalışmamızda katılımcıların %25'i günlük 2-4 bardak arası, %33'ü 5-7 bardak arası, %28'i 8-10 bardak arası ve %14'ü ise 11 bardak ve üzeri su tüketmektedir. Günlük 1 bardak çay tüketimi %27, 1 fincan kahve tüketimi % 35 ve 1 fincan neskafe tüketimi de %51'dir. Su tüketimi azaldıkça depresyon ölçeği puanı artmaktadır. Çay, kahve ve neskafe tüketim miktarları ile depresyon ve sınav kaygısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Yapılan bir çalışmada elde edilen bulgulara göre; kişilerin % 35.2'si kendini yorgun hissettiği için vitamin kullanmayı tercih ederken, %31'i dengeli beslenmediği için, %22'si doktoru önerdiği için, %11.8'i ise çeşitli nedenlerle vitamin kullandıklarını belirtmişlerdir (147).

Nelson ve arkadaşları, folik asit düzeylerinin depresyonla ilişkili olduğunu belirterek, düşük folat seviyelerinin tedaviye yanıtın azaldığını ve artmış tekrar riskiyle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (148).

Çalışmamıza katılanların %16'sı vitamin-mineral desteği alırken, % 22'si bazen vitamin-mineral aldığını söylemiştir. %62'si ise kullanmadığı belirtmiştir. Yapılan çalışmaların aksine bizim çalışmamızda vitamin-mineral kullanan adölesanların sınav kaygı ölçeği puanı ve gerginlik faktörü puanı vitamin-mineral kullanmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Sınav kaygısının azaltılmasına yönelik olarak yapılan bir çalışmada sınav kaygısıyla başa çıkma programlarının etkili bulunduğu belirlenmiştir (149).

Sınava hazırlanma gibi rekabetin ön plana çıktığı durumlarda başarısız olma korkusu, kaygıyı daha da arttırmaktadır (150).

Sınav kaygısı ve depresyon arasındaki ilişkilerin incelendiği çalışmalarda sınav kaygısının adölesanlarda anlamlı duygusal problemlere neden olduğuna ilişkin bulgular vardır. Adölesanlar için önemli olarak algılanan ve değerlendirilen sınavların psikolojik ve somatik bazı belirtilere yol açtığına; yüksek sınav kaygısının depresyonun önemli bir tetikleyicisi olduğuna vurgu yapılmaktadır. Yüksek sınav kaygısının sadece akademik başarıyla değil, öğrenciyi bütün yönleriyle olumsuz etkileyebildiğine dikkat çekilmektedir (52).

Lewinsohn ve arkadaşları ile Roeser ve arkadaşlarının bulgularıyla aynı doğrultuda, bu araştırmadan elde edilen sonuçlar da düşük not ortalamasının hem kız hem de erkek öğrencilerin depresyon puanlarının yüksek olmasıyla ilişkili olduğu bulunmuş fakat düşük not ortalamasının sadece erkek öğrencilerin depresyon puanlarının yüksek olmasını yordadığı bulunmuştur (151,152).

İzmir ili Bornova ilçesi lise son sınıf öğrencileri 53 üzerinde yapılan bir araştırma üniversiteye giriş sınav kaygısının varlığını ve etkilerini desteklemektedir (153). İkinci benzer bir araştırma Ankara merkezinde bulunan sekiz dershaneden seçilen 844 adet öğrenci üzerinde yapılmıştır. Burada da deneklerin % 42'sinde yüksek sınav kaygısı, % 36'sında buna bağlı depresyon tespit edilmiştir (154).

Çalışmamızda da sınav kaygısı ölçeği puanları arttıkça ÇDÖ puanları artmaktadır. Sınav kaygısı, çalışmamızda yer alan adölesanlar için depresyonun önemli bir nedenidir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, adölesanların beslenme alışkanlıkları ile depresyon ve sınav kaygısı arasındaki ilişkisi incelenmiştir.

Çalışmamızda cinsiyet ile kızların depresyon ve sınav kaygısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Kızların depresyon ve sınav kaygısı düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumda, okullardaki psikolojik danışmanlar, kızların sınav kaygısı ve depresyon açısından risk grubunda olduğunu göz önünde bulundurmalıdır. Okullarda sağlık taramaları yapılarak özellikle (kızlar, ailesinden ayrı olanlar, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar gibi) riskli gruba yönelik koruyucu yaklaşımlar geliştirilmelidir.

Katılımcıların, vücut kitle indeksi arttıkça depresyon düzeyi artış gösterirken, sınav kaygısı düzeyi düşmüştür. Çalışmalar, obezitenin yaygınlığının bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek arttığını göstermektedir. Obezite ruhsal ve fiziksel olmak üzere pek çok sağlık sorununa yol açmaktadır. Obezite oluşumuna yol açan etmenleri araştırmak, obeziteyi önleme ya da sıklığını azaltmada yol gösterici olabilir.

Çalışmamızda, adölesanların çoğunun öğün atladığı (%62), en fazla atlanan öğünün kahvaltı (%37) olduğu ve %24'ünün zaman ayıramadığı için kahvaltı yapmadığı saptanmıştır. Düzenli kahvaltı yapanların depresyon ve sınav kaygısı düzeylerinin kahvaltı yapmayanlara göre daha düşük, öğün atlayanların depresyon ve sınav kaygısı düzeylerinin öğün atlamayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ailede anne ve babaların çalışması, çocuklarına çok zaman ayıramamaları, çocukların ev dışında yemek yeme alışkanlıklarının artması, anne babaların çocuklarının beslenme alışkanlıklarını izlemelerini engellemektedir. Okullar, adölesanların beslenme durumlarını değerlendirmek ve onlara beslenme eğitimi vermek için en ideal yerlerdir. Günün yaklaşık 8 saatini okulda geçiren bu yaş grubuna, en az bir öğünlerini okulda tükettikleri için, okulda pratik beslenme alışkanlıkları kazandırılabilir, sağlıklı menü tercihleri oluşturulabilir.

Çalışmamız sonucunda, adölesanların çikolata-gofret, tatlı ve börek-çörek tüketim sıklığı arttıkça sınav kaygısı ve alt boyutlarından olan endişe ile sınavla ilgisiz düşünceler düzeyi artmaktadır ($p<0,05$). Bunun aksine; depresyon ve sınav kaygısının

alt boyutlarından olan gerginlik, bedensel belirtiler faktörleri düzeyleri ile adölesanların çikolata-gofret, tatlı ve börek-çörek tüketim sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Medya ve gıda endüstrisi, bireyleri özellikle çocuk ve adölesanları sağlıksız gıdalara yöneltmek, karbonhidrat ağırlıklı beslenmeye teşvik etmek yerine gelişimlerine olumlu katkı sağlayacak süt, et, yumurta türü besinleri, sebze-meyveleri gerekli ve yeterli düzeyde tüketmeleri için bilinçlendirme ve teşvik etmeye katkı sağlamalıdır.

Çalışmamızda katılımcıların sınav kaygısı düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin de arttığı görülmüştür ($p<0,01$). Adölesanların, kendi bedenleri ve ruhsal dünyalarını tanımasını ve ruhsal sıkıntılar karşısında daha temkinli, dayanıklı olmalarına yardımcı olacak ve yol gösterecek uzmanlarla iletişime geçmelerine imkan verilmelidir. Adölesanları dinlemek, açıklamak, doğru bilgi vermek, destekleyici, teşvik edici, gerektiği yerde baskı kurmadan ve yargılamadan uyarıcı olarak onlara duyarlı ve yapıcı bir ortam sunulmalıdır. Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı bu konuda, doktor, diyetisyen ve psikologların da katılımı ile çeşitli projeler üretmelidir. Bunun sonucunda, çocuk ve adölesanların beslenme ve ruh sağlığı açısından sağlıklı olması sağlanabilir.

9. KAYNAKLAR

1. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005, cilt 14, sayı 8, 174
2. Tanır, F., Şaşmaz, T., Beyhan, Y. ve Bilici, S. (2001). “Doğankent Beldesinde Bir Tekstil Fabrikasında Çalışanların Beslenme Durumu”, Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Temmuz: 22-25.
3. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi (2007), Cilt:2, Sayı:6
4. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006,10(2)
5. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007: 6 (2)
6. Rome ES, Vazquez IM, Blazar NE. Adolescence: Healthy and disordered eating. In: Walker WA, Watkins JB, Duggan C, eds. Nutrition in Pediatrics. (3rd ed) Ontario: BC Decker Inc; 2003: 861-877
7. Mikolajczyk RT., Ansari El W., Maxwell AE., (2009), Nutrition Journal, 8:31
8. Gaziantep Tıp Dergisi 2011;17(1):33-39
9. Kuramsal Eğitimbilim Dergisi, (2012), 5(1), 110-130, Ocak
10. Kundakçı H.A. (2005) Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Benlik Saygısı, Vücut Algısı ve Stres Belirtileri Açısından Karşılaştırılması, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Selim Hovardaoğlu
11. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 3
12. Mazıcıoğlu, MM. ve Öztürk A. (2003). ”Üniversite 3 ve 4. Sınıf Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları ve Bunu Etkileyen Faktörler”, Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal), 25 (4):172-178.
13. Kılıç EZ. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2007, 3(3)
14. Erikson EH, (1968), Identity, Youth and Crisis. Norton, New York.
15. Özbay MH, Öztürk (Kılıç) EZ., (1993) Gençlik İletişim Yayınları.
16. Aydın B.(2009). Çocuk ve Ergenlik Psikolojisi. Nobel Yayınları. s.171-173
17. Göksan, B. (2007). Ergenlerde Beden İmajı ve Beden Disformik Bozukluğu. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi
18. Özcebe H. Birinci Basamakta Adolesan Sorunlarına Yaklaşım. STED 2002;11(10):374.

19. Pekcan G. (2004). Adölesan Döneminde Beslenme, Klinik Çocuk Forumu, 4:1, 38- 47.
20. Yiğit R. Ergenlik Dönemi. Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme. 2.Baskı. Ankara: Sistem Ofset Bas. Yay. San. Tic.Ltd. Şti;; 2012. p. 177-97.
21. Demirezen E, Coşansu G. Adölesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Sted 2005;14(8):174-78.
22. Bülbül HS (2004) Ergen Etiği. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 13:206- 10.
23. Geçgil E, Yıldız S. Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle başetme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2006; 10(2):19-28.
24. Ersoy. (Ed.), (2000). Adölesan Çağı.Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları. 1.Cilt, Ortadoğu Reklam ve Tanıtım Yayıncılık A.S, Ankara s:86.
25. Çuhadaroğlu, F. (1986). Üniversite gençlerinde psikiyatrik semptom dağılımı. XXII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Saygılı R Ed, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, s. 15-21.
26. Derman O, Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi No:63 Mart 2008; s.19-21
27. Aksoydan E, Çakır N, (2011), Gulhane Medical Journal.
28. Arslan P, Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism, (2003) (Suppl. 2) : 27-32
29. Kanbur NÖ. “Adölesanlarda Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Ergen Sağlığı”. Ankara, Ergen Sağlığı Derneği Yayınları 2012;153.
30. Derman, O., (2008), “Ergenlerde Psikososyal Gelişim” Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi. 63. pp. 19-21.
31. Kim YH (2003) Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: final results from a 2-year study. Int J Nurs Stud, 40: 115-124.
32. Collishaw S, Maughan B, Goodman R ve ark. (2004) Time trends in adolescent mental health. J Child Psychol Psyc, 45: 1350–1362.
33. Wong, J. Y., Rew, L., Slaikeu, K. D. (2006). A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. Issues in Mental Health Nursing, 27,161-183.

34. Ekşi, A. (2003). Gözden geçirme: beş kıtada genç sorunları. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 10(2), 78-87.
35. Aşkın, R., Karaca, S., Turan, M., Kuloğlu, M., & Herken, H. (1995).
36. Ören, N. ve Gençdoğan. B. “Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi”, Kastamonu Eğitim Dergisi, 15(1):85-92, 2007.
37. Uzun N., (2014), Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Algılanan Ebeveyn Kontrolü ve Depresyon ile Obezitenin İlişkisi: Obezite için Koruyucu ve Risk Faktörleri, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
38. Şimşek Aybar S., (2014), Özel Eğitim Merkezinde Tedavi Edilen Çocukların Anne Ve Babalarında Depresyon Ve Yaşam Kalitesinin Analizi. İstanbul Bilim Üniversitesi.
39. Dopheide JA (2006) Recognizing and treating depression in children and adolescents. Am J Health Syst Pharm, 63: 233-243.
40. Sümer AS, Farklı Öz-Anlayış Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Anksiyete ve Stresin Değerlendirilmesi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2008.
41. Şenol S. Çocukluk ve ergenlik döneminde depresyon. In: Ceptıp: Depresyon. Coşar, B. (ed.) Ankara: Bilimsel tıp yayınevi, 2005.
42. Eskin, M., Ertekin, K., Harlak, H., Dereboy, C. (2008). Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 19, 382-389.
43. Gürsu O, (2012) Journal of Theoretical Educational Science.
44. Lee, M. & Larson, R. (2000). The Korean examination hell: Long hours of studying, distress, and depression. Journal of Youth and Adolescence, 29, 249-271.
45. Davey GCL, Hampton J, Farrell J ve ark. Some characteristics of worrying: evidence for worrying and anxiety as a separate constructs. J Affect Disord 1992;13:133-147.
46. Diefenbach JG, McCarthy EM, Williamson DA ve ark. Anxiety, depression and the content of worriers. Depress Anxiety 2001;14:247-250.
47. Alisinanoğlu, F. Ulutaş, İ. (1999). Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Faktörler. Milli Eğitim Dergisi, 145: 15-19.
48. Köroğlu E. Majör depresif bozukluk. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997

49. Işık, E. (1996). Nevrozlar. Kent Matbaası, Ankara, 1996, s.31-45.
50. Güler D, Çakır G, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2013, 4 (39), 82-94
51. Kavakcı, Ö.; Selcen, A. ve Çetinkaya, S., (2011). “Sınav Kaygısı ve İlişkili Psikiyatrik Belirtiler”, Klinik Psikiyatri, S.14, ss.7-16.
52. Erözkan, A. (2009). İlköğretim Sekizinci Sınıf Öğrencilerinde Depresyonun Yordayıcıları. İlköğretim Online, 8(2), 334–345.
53. Helman CG. Gender and Reproduction in Culture, Health and Illness. Fourth Edition., Oxford Press, 2001: 12-31.
54. Hamurcu P, (2014) Obez Bireylerde Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
55. Ojala K, Tynjälä J, Välimaa R, Villberg J, Kannas L. Overweight Adolescents' Self-Perceived Weight and Weight Control Behaviour: HBSC Study in Finland 1994–2010 J Obes. 2012; 180176)
56. Ata A, Vural A, Keskin F, (2014), Ankara Medical Journal.
57. Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi. Ankara 2004. <http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/> Erişim tarihi: 03.01.2015
58. Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Kolbe L. Youth Risk Behaviour Surveillance – United States, 1999, MMWR (Mortality and Morbidity Weekly Report) 2000; 49: 1-31.
59. Hasbay SA. (2004). Okul Çağı Çocuklarında Beslenme ve Fiziksel Aktivitenin Önemi, Klinik Çocuk Forumu, 4 (1): 32- 37.
60. Demir, H. (2008) Adölesan Beslenmesi, Güncel Pediatri, 93-94.
61. Bulik CM, Reba L, Siega-Riz AM, Reichborn-Kjennerud T. Anorexia nervosa: Definition, epidemiology, and cycle of risk, Int J Eat Dis 2005;37:2-9.
62. Çelikel FC, Cumurcu BE, Koç M, Etikan I, Yücel B. Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. Compr Psychiatry 2008;49(2):188-94.
63. Önder FO, Kurdoğlu M, Oğuz G, Özben B, Atilla S, Oral SN. Gülveren Lisesi son sınıf öğrencilerinin bazı beslenme alışkanlıklarının saptanması ve bunun malnütrisyon prevalansı ile olan ilişkisi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2000;19 (1).

64. Orak S., Akgün S. ve Orhan H. (2006).”Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılması”, S.D.Ü. Tıp Fak. Derg., 13(2):5-11.
65. Toprak I, Bunsuz O, Sentürk S, ve ark. Toplumun beslenmede bilinçlendirilmesi Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi. Saha personeli için toplum beslenmesi programı eğitim materyali 3. Basım, Ankara: Onur Matbacılık 2002: 110-4.
66. Garipağaoğlu M, Sahip Y, Budak N, et al. Food types in the diet and the nutrient intake of obese and non-obese children. J Clin Res Ped Endo 2008; 1: 21-29.
67. Akman M, Tüzün S, Ünal PC, (2012), Nobel Medicus Journal
68. Müftüoğlu O. (2004). Hafifleyin Gençleşin. Doğan Kitapçılık Aş, İstanbul, 57-85.
69. Pollitt E. (1984). Nutrition and Educational Achievement Nutrition Education Series UNESCO 9
70. Ayhan DE, Günaydın E, Gönlüaçık E, Arslan U, Çetinkaya F, Asımı H, Uncu Y. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012; 38 (2):97-104.
71. Bruinsma KA, Taren DL. Dieting, essential fatty acid intake, and depression. Nutr Rev 2000;58(4):98-108.
72. Tinker LF, Perri MG, Patterson RE ve ark. The effects of physical and emotional status on adherence to a low-fat dietary pattern in the Women's Health Initiative. JADA 2002;102:789-784.
73. Rinomhota S., Rollins H. Energy, mood and behavior: part two. Nurs Times 2001;97(44):50-52.
74. Polivka BJ, Ryan-Wenger N. Health promotion and injury prevention behaviors of elementary school children. Pediatr Nurs 1999;25(2):127-134.
75. Schwartz TL, Nihalani N, Virk S ve ark. Psychiatric medication-induced obesity: treatment options. Obes Rev 2004;5:233-238
76. Crocker P, Sabiston C, Kowalski ve ark. Longitudinal assessment of the relationship between physical self-concept and health-related behavior and emotion in adolescent girls. J App Sport Psychol 2006;18(3):185-200.
77. Westenhoefer J, Bellisle F, Blundell JE ve ark. Mental state and performance. Eur J Nutr 2004;43(Suppl 2):85-117.

78. Hakkarainen R, Partonen T, Haukka J ve ark. Food and nutrient intake in relation to mental wellbeing. J Nutr 2004;13:3:14.
79. Spear BA. Adolescent growth and development. J Am Diet Assoc 2002; 102: S23-S29.
80. Güleç M, Yabancı N, Göçgeldi E, Bakır B. Ankara’da İki Kız Öğrenci Yurdunda Kalan Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları, Gülhane Tıp Dergisi 2008; 50: 102-9.
81. Uğuz MA, Bodur S. Konya il merkezinde ergenlik öncesi ve ergen çocuklarda aşırı ağırlık ve şişmanlık durumunun demografik özelliklerle ilişkisi. Genel Tıp Derg 2007; 17: 1-7.
82. Kılınç FN, Türk Ped Arfl 2012; 47: 181-8
83. Hatun S, Çizmecioğlu F., (2005) Çocuklarda metabolik sendrom. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi; 48: 257-65.
84. Bereket, A. ve Atay Z. (2012). Current status of childhood obesity and its associated morbidities in Turkey. Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology, 4, 1-7.
85. Reilly JJ, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. Int J Obes 2011; 35(7): 891-8.
86. İskender M, Tura G, Ö Akgül Ö, Turtulla S, Volume: 11 Issue: 2 Year: 2014
87. Balcıoğlu İ, Başer SZ., (2008) Obezitenin Psikiyatrik Yönü. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri - Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62:341-348.
88. Oral N., (2006) Yeme tutum bozukluğu ile kişilerarası şemalar, bağlanma stilleri, kişilerarası ilişki tarzları ve öfke arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Doktora Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
89. Kılıç ZE, 2006. “Ruhsal Bir Hastalık Olarak Yeme Bozuklukları” Pediatrik Bilimler Dergisi, Cilt:2, Sayı:7, s:45-46.
90. Aslan D (2004). Beden algısı ile ilgili sorunların yaratabileceği beslenme sorunları. STED, 13, 326-9.
91. Vardar, Erdal ve Mücadele Erzenin (2011). “Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma”, Türk Psikiyatri Dergisi, C. 22, S. 4, s. 205-212.

92. Öztop DB, (2012). Adolesanlarda ruhsal sorunlar (Psychological problems in adolescent period). Turk Aile Hek Derg, 16,14-18.
93. Gürdal Küey A., Adölesan Sağlığı, Sempozyum Dizisi No:63 Mart 2008; s.81-83
94. Ünalın D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek yüksek okullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 14: 101-109.
95. Kruger S, Kennedy SH. Psychopharmacotherapy of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge-eating disorder. J Psychiatry Neurosci 2000; 25: 497-508.
96. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kısıl A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 12: 1-13.
97. Molina-García J, Castillo I, Pablos C. Determinants of leisure-time physical activity and future intention to practice in Spanish college students. The Spanish journal of psychology, 2009; 12(01): 128-137.
98. Arslan C, Ceviz D. Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Fırat Üniv. SBD, 2007; 21(5): 211-220.
99. Özdemir S, Adölesanların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008
100. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F., (2005) Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi; 9(2): 26-34.
101. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY., (2007) Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull; 6(6): 409-20.
102. Bundak, R., Furman, A. , Günoz, H. , Darendeliler, F. , Baş, F. ve Neyzi, O., (2006). Body mass index references for Turkish children. ActaPaediatrica. 95:194-198.
103. Kovacks, M. (1985). The Children's Depression Inventory. Psychopharmacology Bulletin, 21, 995-998.
104. Öy B. (1991). Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 2, 132-136.

105. Akın A, Demirci İ, Arslan S, 2012, Eğitim Bilimleri ve Uygulama, 11(21), 103-118
106. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931. Ankara, 2014.
107. TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Gençlik, 2012, Haber Bülteni,2013;Sayı:1,3509.
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13509>
108. Cinaz P., Bideci A., Obezite. In: Günöz H., Öcal G., Yordam N., Kurtoğlu S.(eds)., Pediatrik Endokrinoloji.1.Basım. Pediatrik Endokrinoloji ve Oksoloji Derneği Yayınları:1, 2003:487 505.
109. Levine MP., Smolak M., Cash TF., Pruzinsky T., (2002). Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice. The Guilford Press; New York: Body image development in adolescence; s. 74–82., Çelen N., (2007) .Ergenlik ve Genç Yetişkinlik. Papatya Yayıncılık. İstanbul. s. 22-24, 145-148
110. John U, Meyer C, Rumpf HJ., (2005) Relationships of psychiatric disorders with overweight and obesity in an adult general population. *Obes Res*; 13:101-109
111. Scott KM, McGee MA, Wells JE, Oakley Browne MA. Obesity and mental disorders in the adult general population. *J Psychosom Res* 2008; 64: 97–105.
112. Ma J, Xiao L (2010) Obesity and depression in US women: results from the 2005-2006 National Health and Nutritional Examination Survey. *Obesity*, 18: 347-353.
113. Black DW, Goldstein RB, Mason EE., (1992) Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry* ;149:227–34.
114. Britz B, Siegfried W, Ziegler A, Lamertz C, Herpertz-Dahlmann BM, Remschmidt H et al., (2000) Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *Int J Obes Relat Metab Disord* ; 24: 1707–1714.
115. Ganley RM., (1989) Emotion and eating in obesity: a review of the literature. *Int J Eat Disord*, 8:343-361.
116. Canetti L, Bachar E, Berry EM., (2002) Food and emotion. *Behav Process* ; 60: 157–164.

117. Ulaş B, Uncu F, Üner S., (2013) Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 2:15- 22.
118. Nowak, M., Speare R., (1996) *J Paediatr Child Health*; 32: 424-27.
119. Nowak, M. & Buttner, P. (2002). Adolescents' food-related beliefs and behaviours: a cross-sectional study. *Nut. Diet.: J. Diet. Assoc. Aus.*, 59: 244-252.
120. Allgood-Merten B., Lewinsohn PM., Hops H ve ark., 1990, Sex differences and adolescent depression. *J Abnorm Psychol*, 99: 55-63.
121. Nolen-Hoeksema S., Girgus JS., 1994, The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychol Bull*, 115: 424–443.
122. Taşğın EÇ., Çuhadaroğlu F., (2006), Ergenlerde majör depresyon; risk etkenleri, koruyucu etkenler ve dayanıklılık, *Çocuk ve Gençler Ruh Sağlığı Dergisi*, 13(2), 87-94.
123. Özdel O, Sözeri-Varma G, Fenççi S, Değirmenci T, Karadağ F, Kalkan Oğuzhanoglu N, Ateşçi F., (2011) Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. *Klinik Psikiyatri.*; 14: 210-217.
124. Hortaçsu N., 1994, Parents' Education Level, Popularity, Individual Cognition, and Academic Performans: An Investigation with Turkish Children. *J Genet Psychol*, 155: 179–189.
125. Biloukha OO, Utermohlen V., 2001. Healthy eating in Ukraine: attitudes, barriers and information sources. *Public Health Nutr.*, 4 (2):207-215.
126. Kearney M., Kearney J.M, Dunne A. ve M.J., Gibney 1999. Sociodemographic determinants of perceived influences on food choice in a nationally representative sample of Irish adults. *Public Health Nutr.*, 3 (2):219-226.
127. Okumuş, B.A. ve S., Bulduk, 2003. Tüketicilerin Süpermarketlerdeki Alışveriş Alışkanlıkları ve Ürün Seçimini Etkileyen Etmenler. *Dokuz Eylül Üni. Sosyal Bilimler Enst. Dergisi*, 5(4): 70–83.
128. Topuzoğlu, A., Hıdıroğlu, S., Ay, P., Önsüz, F., ve H., İkişık, (2007) Tüketicilerin Gıda Ürünleri İle İlgili Bilgi Düzeyleri ve Sağlık Risklerine Karşı Tutumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6:4: 253–258.
129. Aytekin F, Bulduk S., (2000) Üniversite öğrencilerine verilen eğitim modellerinin öğrencilerde davranış değişikliğine etkilerinin incelenmesi. *Milli Eğitim Dergisi*; 148: 1- 5.

130. Vançelik S., Önal SG., Güraksın A., Beyhun E., (2007) Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıkları ile İlişkili Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni; 6:242-248.
131. Baysal A., (1999) Kahvaltı ve okul başarısı. Beslenme ve Diyet Dergisi; 28(1): 1-3.
132. Eser ŞK, Şahin TK, Demirel O., (2000) Konya’da iki yetiştirme yurdunda barınan adolesanların beslenme durumları. Beslenme ve Diyet Dergisi; 29:25-33.
133. Tezcan S, Aslan D, Esin A., (2002) Ankarada bir ilköğretim okulunda 6., 7., ve 8. sınıf öğrencilerinde beslenme alışkanlıklarının ve durumunun saptanması araştırması. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Basımevi, 733-5.
134. Yılmaz E., Özkan S. (2007). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2 (6); 87-104.
135. Özdoğan Y., Yardımcı H., Özçelik AÖ., 2012, Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı:29, s.66-74.
136. Turconi G, Guarcello, Maccarini L, Cignoli F, Setti S, Bazzano R, Roggi C., (2008) Eating habits and behaviors, physical activity. Nutritional and food safety knowledge and beliefs in an adolescent Italian population. J Am Coll Nutr;27(1):31-43.
137. Türk M, Taner Gürsoy Ş, (2007) Ergin I. Kentsel bölgede lise birinci sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. Genel Tıp Derg;17(2):81-7
138. Erten, M., (2006) “Adıyaman İlinde Eğitim Gören Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgilerinin ve Alışkanlıklarının Araştırılması”, T.C. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
139. Aslan, D., Gürtan, E., Hacım, A., Karaca, N., Şenol, E. ve Yıldırım, E. (2003). ”Ankara’da Eryaman Sağlık Ocağı Bölgesi’nde Bir Lisenin İkinci Sınıfında Okuyan Kız Öğrencilerin Beslenme Durumlarının ve Bazı Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirmeleri”,C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 25 (2): 55–62.
140. Çelik E., (2012) Tokat İl Merkezindeki İlköğretim 6, 7, 8. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Bilgi Düzeyleri Ve Alışkanlıkları İle Obezite Sıklığını Etkileyen Faktörler, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Tokat
141. Bayrak U., Gram E., Mengeş E., Okumuş Z., Sayar HC., Skrijalj E ve ark., (2010) Üniversite Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Alışkanlıklar ve Kansere Konusundaki Bilgi ve Tutumları. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi; 24(3):95–104.

142. Avşar P., Kazan EE., Pınar G., (2013) Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E- Dergisi.
143. Öndoğan EN., (2006), e-Journal of New World Sciences Academy Natural and Applied Sciences, 3, (1), A0061, 158-170.
144. Kaya R., (2008) Edirne İl Merkezinde İlköğretim Okullarındaki Öğrencilerde Beslenme-Obezite-Fiziksel Aktivite İlişkisinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
145. Benton D., Owens D., (1993) Is raised blood glucose associated with the relief of tension? J Psychosom Res; 37:723-735.
146. Wells AS, Read NW, Laugharne JD, Ahluwalia NS., (1998) Alterations in mood after changing to a low-fat diet. Br J Nutr; 79:23-30.
147. Çoşkun F., Turhan H., (2010) Marmara Ecza Derg 14: 21-28.
148. Sachdev PS., Parslow RA., Lux O., Salonikas C., Wen W., Naidoo D., Christensen H., Jorm AF., (2005) Relationship of homocysteine, folic acid and vitamin B12 with depression in a middle-aged community sample, Psychol Med, 35:529-538.
149. Ergene, T. (2003). Effective interventions on test anxiety reduction: A meta-analysis. School Psychology International,24(3),313-328.
150. Baltaş, A. (2009). Öğrenmede ve sınavlarda üstün başarı. İstanbul: Remzi Kitabevi.
151. Lewinsohn PM., Roberts RE., Seeley JR ve ark., (1994), Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. J Abnorm Psychol, 103: 302–315.
152. Roeser RW., Eccles JS., Sameroff AJ ve ark., (1998), Academic and emotional functioning in early adolescence: Longitudinal relations, patterns, and prediction by experience in middle school. Dev Psychopathol, 10: 321–352.
153. Şahin, H., Günay T. ve Batı, H. (2006). İzmir İli Bornova ilçesi lise son sınıf öğrencilerinde üniversiteye giriş sınavı kaygısı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 15(6), 107-113.
154. Yıldırım, İ. (2007). Üniversite seçme sınavına hazırlanan Türk öğrencilerde depresyon, sınav kaygısı ve sosyal destek. Eğitim Araştırmaları, 29, 171-184.

10. EKLER

EK 1-KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Anket No:.....

Proje adı : Adölesanların Beslenme Alışkanlıkları, Sınav Kaygısı ve Depresyon Yönünden İncelenmesi

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, sizlerin beslenme alışkanlıkları ile sınav kaygısı ve depresyon ilişkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma, Haliç Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nden Sayın Yrd. Doç. Dr. Zeynep KOÇ ÖZERSON ve Dyt. Kübra YILMAZ tarafından yürütülmektedir. Veriler yalnızca bilimsel amaçlı olarak değerlendirilecek ve etik kurallara özen gösterilecektir. Anket formunda ki soruları doldurmanızı rica ediyoruz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

1.Yaş (yıl):..... Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

2. Boy: Kilo:.....

3. Kiminle yaşıyorsunuz?

1. Sadece annemle () 2. Sadece babamla ()
3. Anne ve babamla () 4. Diğer ()

4. Annenizin eğitim durumu nedir?

1. Okula gitmedi () 2. İlkokul ()
3. Ortaokul () 4. Lise () 5. Üniversite ()

5. Babanızın eğitim durumu nedir?

1. Okula gitmedi () 2. İlkokul ()
3. Ortaokul () 4. Lise () 5. Üniversite ()

6. Annenizin mesleği nedir?

- 1)Ev hanımı
- 2)Memur
- 3)Serbest meslek
- 4)İşsiz
- 5)Diğer()

7. Babanızın mesleği nedir?

- 1)Memur
- 2)Serbest meslek
- 3)İşsiz
- 4)Diğer()

8. Sahip olduğunuz kardeş sayısı : 1() 2() 3() Daha fazlası ()

9. Besinleri tüketiminizde nelere dikkat edersiniz? ('X' işareti koyunuz.)

	EVET	HAYIR
Kolay hazırlanabilir olmasına		
Pişirme yöntemine (ızgara,kızartma,buğulama,vb.)		
Ekonomik olmasına		
Doyurucu olmasına		
Lezzetli olmasına		
Subjektif kalite kriterlerine (tat,koku,kıvam,renk,vb.)		
Katkı maddesi içermemesine		
Su içeriğinin yüksek olmasına		
Az yağlı olmasına		
Kalorisi düşük, besleyici değerinin yüksek olmasına		
Besin çeşitliliğini sağlayabilme		

10. Sağlıklı beslenme hakkındaki bilgi kaynaklarınızı işaretleyiniz.

- 1)Radyo/televizyon/yazılı basın
- 2)Sağlık personeli
- 3)Arkadaşlar/yakın çevre
- 4)Kitaplar /broşürler
- 5)Zayıflama merkezleri
- 6)Aile büyükleri
- 7)Hepsi
- 8)Diğer(_____)

11. Sabahları kahvaltı yapar mısınız?

1) Her sabah ()

2) Arada sırada ()

3) Sadece hafta sonları ()

4) Hiç etmem ()

12. Her sabah kahvaltı yapmıyorsanız nedeni nedir?

1. Kahvaltı için zaman ayıramıyorum

2. Ekonomik nedenler

3. Kahvaltıyı hazırlayacak kimse yok

4. Sabahları açlık hissetmiyorum

5. Diğer ()

13. Günde kaç öğün yemek yersiniz? (_____ ana, _____ ara)

14. Ara öğün tüketir misiniz?

1. Evet

2. Hayır

15. **Ara öğün tüketiyorsanız:** Genellikle neler tüketirsiniz?

1. Meyve- kuru meyve ()

2. Kuruyemiş ()

3. Süt- yoğurt ()

4. Meyve suyu ()

5. Çikolata ()

6. Diğer (belirtiniz).....

16. **Ara öğün tüketmiyorsanız ya da bazen tüketiyorsanız:** Nedeni/ nedenleri nedir?

1. Zaman yetersizliği ()

2. Canım istemiyor, iştahsızım ()

3. Alışkanlığım yok ()

4. Diğer (belirtiniz).....

17. Öğün atlar mısınız?

1. Evet

2. Hayır

18.Cevabınız evetse genellikle hangi öğünü atlarsınız?

1.Sabah () 2.Öğle () 3.Akşam ()

19. Öğün saatleriniz düzenli midir?

Hafta içi: 1.Hayır (sabah: /öğle: / akşam:)

2.Evet (sabah: 08:00 /öğle: 12:00 /akşam:20:00)

Hafta sonu: 1.Hayır (sabah: /öğle: /akşam:)

2.Evet (sabah: 08:00 /öğle: 12:00 /akşam: 20:00)

20. Ne sıklıkla dışarıda yemek yersiniz?

1)Her gün

2)Haftada 2-3 kez

3) Ayda 2-3 kez

4) Hiç yemem

21.Genellikle hangi öğünü dışarıda yersiniz? (not: sadece 1 seçeneği işaretleyiniz.)

1)Kahvaltı

2)Öğle

3)Akşam

22. Dışarıda yemek yediğinizde genellikle ne tür lokantaları tercih edersiniz? (not: Sadece 1 seçeneği işaretleyiniz.)

1)Fast-food

2)Ev yemekleri yapan lokantalar

3)Yöresel yemekler yapan lokantalar

4)Pastaneler

23. Akşam yemekten sonra yeme/içme alışkanlığınız var mı?

1.Evet ()

2.Hayır ()

24. Geceleri kaç saat uyursunuz? Saat

25. Ortalama günlük su tüketiminiz ne kadardır? (su bardağı)

26. Günde kaç bardak çay (.....) / kaç fincan kahve (.....) / kaç fincan Nescafe (.....) tüketirsiniz?

27. Vitamin- mineral desteği alıyor musunuz?

1. Evet ()
2. Hayır ()
3. Bazen ()

28. Besin tüketim sıklığı

<i>Besin Grupları</i>	<i>Her öğün</i>	<i>Her gün</i>	<i>Haftada 1-2 kez</i>	<i>Haftada 3-4 kez</i>	<i>Haftada 5-6 kez</i>	<i>15 günde bir</i>	<i>Ayda 1 kez</i>	<i>Ayda 2-3 kez</i>	<i>Hiç</i>
Süt ve türevleri									
Yoğurt									
Peynir									
Kırmızı et									
Et ürünleri (salam, sucuk vb.)									
Tavuk – hindi									
Balık									
Yumurta									
Kurubaklagiller									
Ekmek									
Pirinç, bulgur, makarna									
Sebzeler									
Meyveler									
Şekerli besinler (bal, pekmez, reçel, şeker vb.)									
Çikolata, gofret,şekerleme									
Tatlılar (sütlü tatlılar, hamur tatlıları)									
Börek, çörek, hamur işleri									
İçecekler									
Diğer ()									

EK 2- ÇOCUKLARDA DEPREYON ÖLÇEĞİ (ÇDÖ)

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki sayıya çarpı (X) işareti koyunuz.

1.	1.	Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
	2.	Kendimi sık sık üzgün hissederim.
	3.	Kendimi her zaman üzgün hissederim.

2.	1.	İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
	2.	İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
	3.	İşlerim yolunda gidecek.

3.	1.	İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
	2.	İşlerimin birçoğunu yanlış yaparım.
	3.	Her şeyi yanlış yaparım.

4.	1.	Birçok şeyden hoşlanırım.
	2.	Bazı şeylerden hoşlanırım.
	3.	Hiçbirşeyden hoşlanmam.

5.	1.	Her zaman kötü bir çocuğum.
	2.	Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
	3.	Arada sırada kötü bir çocuğum.

6.	1.	Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
	2.	Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
	3.	Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

7.	1.	Kendimden nefret ederim.
	2.	Kendimi beğenmem.
	3.	Kendimi beğenirim.

8.	1.	Bütün kötü şeyler benim hatam.
	2.	Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
	3.	Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

9.	1.	Kendimi öldürmeyi düşünmem.
	2.	Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.
	3.	Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

10.	1.	Her gün içimden ağlamak gelir.
	2.	Birçok günler içimden ağlamak gelir.
	3.	Arada sırada içimden ağlamak gelir.

11.	1.	Her şey her zaman beni sıkır.
	2.	Her şey sık sık beni sıkır.
	3.	Her şey arada sırada beni sıkır.

12.	1.	İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
	2.	Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
	3.	Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

13.	1.	Herhangi bir şey hakkında karar vermem.
	2.	Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
	3.	Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

14.	1.	Güzel / yakışıklı sayılırım.
	2.	Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.
	3.	Çirkinim.

15.	1.	Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
	2.	Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
	3.	Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

16.	1.	Her gece uyumakta zorluk çekerim.
	2.	Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
	3.	Oldukça iyi uyurum.

17.	1.	Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
	2.	Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
	3.	Her zaman kendimi yorgun hissederim.

18.	1.	Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
	2.	Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
	3.	Oldukça iyi yemek yerim.

19.	1.	Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
	2.	Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
	3.	Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

20.	1.	Kendimi yalnız hissetmem.
	2.	Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
	3.	Her zaman kendimi yalnız hissederim.

21.	1.	Okuldan hiç hoşlanmam.
	2.	Arada sırada okuldan hoşlanırım.
	3.	Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

22.	1.	Birçok arkadaşım var.
	2.	Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
	3.	Hiç arkadaşım yok.

23.	1.	Okul başarıml iyi.
	2.	Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.
	3.	Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.

24.	1.	Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamiyorum.
	2.	Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
	3.	Diğer çocuklar kadar iyi olurum

25.	1.	Kimse beni sevmez.
	2.	Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
	3.	Beni seven insanların olduğundan eminim.

26.	1.	Bana söyleneni genellikle yaparım.
	2.	Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
	3.	Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

27.	1.	İnsanlarla iyi geçinirim.
	2.	İnsanlarla sık sık kavga ederim.
	3.	İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK 3- SINAV KAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı cümleler yazılıdır. Her madde için size uygun gelen ifadenin bulunduğu seçeneğe çarpı (X) işareti koyunuz

	Hiç bir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Bir dersten alacağım notu düşünmek sınava çalışmamı engeller.				
2. Önemli sınavlarda kendimi aşırı derecede yıprattığımı düşünüyorum.				
3. Sınavdayken birdenbire kendimi başarısız olduğumda ne yapacağımı düşünürken buluyorum.				
4. Sınav kâğıdımı kontrol etmek için geri almadan önce çok huzursuz oluyorum.				
5. Sınav sırasında çok gergin hissediyorum.				
6. Önemli sınavlardan önce çok fazla endişeleniyorum.				
7. Sınavda kendimi ilgisiz şeyler hakkında düşünürken buluyorum.				
8. Sınavda diğer insanların ne kadar başarılı olduğunu düşünüyorum.				
9. Sınavda güncel olaylar hakkında düşünüyorum.				
10. Önemli sınavlarda başım ağrıyor.				
11. Sınavda sık sık sınavın ne kadar zor olduğunu düşünüyorum.				
12. Sınavlar konusunda kaygılıyım.				
13. Sınavda bazen başka bir yerde olmayı düşünüyorum.				
14. Sınavda günlük olayları düşündüğüm için dikkatim dağınık.				
15. Sınavda ağzımın kurduğunu hissediyorum.				
16. Sınavdan önce ya da sınav sırasında kendimi titrerken buluyorum.				
17. Sınavda kaslarım çok gerginleşiyor.				
18. Sınavda nefes almakta zorlanıyorum.				
19. Sınavda sınava nasıl hazırlanmış olmam gerektiğini düşünüyorum.				
20. Sınavdan önce endişeleniyorum çünkü beni neyin beklediğini bilmiyorum.				

EK-4

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Gönüllü bu çalışmaya katılmayı red etme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahiptir. Araştırmacı da gönüllünün kendi rızasına bakmadan gönüllüyü çalışma dışı bırakabilir. Bu çalışmada yer aldığınız süre içinde kayıtlarınız kesinlikle gizli tutulacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik komitesine açık olacaktır. Çalışma verileriniz herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken isminiz kullanılmayacaktır ve bu veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı:

Tarih/Telefon:

İmzası:

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı:

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı:

Görevi:

İmzası:

EK-5 İzin Dilekçesi-1



T.C.
ISPARTA VALİLİĞİ
Mustafa Gürkan Anadolu Lisesi Müdürlüğü
(Kurum Kodu:967388)



Sayı :81547039-044/ 42
Konu :Anket Uygulaması

21/01/2015

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İlgi : 12.01.2015 tarih ve B.30.2.HAL.0.42.00.00-15 sayılı yazınız.

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Hatice Kübra YILMAZ' ın yüksek lisans tezi olarak hazırladığı "Adölesan Yeme Tutumları, Sınav Kaygısı ve Depresyon Yönünden İncelenmesi" konulu araştırmasının anketleri Okul Müdür Yardımcımız Adnan ERSOY nezaretinde okulumuz 12. Sınıf öğrencilerine uygulanmıştır.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.


Selami KILINÇ
Okul Müdürü

Eki :Anket Formu (75 adet)

Ek-6 İzin Dilekçesi-2

01-DEC-2011 07:23 From: MUSTAFA KACIKOC ADLS 90 246 2322053

To: 02123430078

P.1/1

T.C
ISPARTA VALİLİĞİ
Mustafa Kaçıkoc Anadolu Lisesi Müdürlüğü
(Kurum Kodu: 964207)

Sayı :40367292.200/166
Konu : Anket

08/05/2015

HALİÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ BAŞKANLIĞINA
İSTANBUL

İlgi :12.01.2015 tarih ve 15 sayılı yazınız.

İlgi yazı gereği bölümünüzde akademik çalışma yapan Hatice Kübra YILMAZ tarafından okulumuzda uygulanan anket ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Fahri YORGANCIAR
Okul Müdürü

Ek: Anket Sonuçları



Mustafa Kaçıkoc Anadolu Lisesi Müdürlüğü
Karaağaç Mahallesi Şehitlik Mevkii
32300 ISPARTA

Tel : 0 246 223 78 60
Fax : 0 246 232 20 53
Web : www.kacikocasadolulisesi.meb.k12.tr
Email : 964207@meb.k12.tr



EK-7 Etik Kurul Onayı



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 43
KONU:

01/10/2015

Sayın; Yrd.Doç.Dr.Zeynep ÖZERSON

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Hatice Kübra YILMAZ'ın "Adölesanların Yeme Tutumları, Sınav Kaygısı ve Depresyon Yönünden İncelenmesi" isimli araştırması kurulumuzun 16.03.2015 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ
Etik Kurul Başkanı

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARLARI

Tarih: 16.03.2015 Toplantı Sayısı: 03	Karar No :3				
	Yrd.Doç.Dr.Zeynep ÖZERSON'un yardımcı araştırmacı Hatice Kübra YILMAZ ile araştırmayı planladığı "Adölesanların Yeme Tutumları, Sınav Kaygısı ve Depresyon Yönünden İncelenmesi" konulu çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmannın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.				
ÜYELER					
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Katılım	İmza
Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ (Başkan)	İktisat	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Önder Özkazanç</i>
Doç.Dr.Leman ŞENTURAN (Raportör)	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>L. Şenturan</i>
Prof.Dr.Güneş YAVUZER	Fizyoterapi ve Reh.	Haliç Üniversitesi Yüksekokulu	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Güneş Yavuzer</i>
Prof.Dr.Filiz AÇKURT	Beslenme ve Diyetetik	Haliç Üniversitesi Yüksekokulu	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Filiz Ačkurt</i>
Prof.Dr.Oya OĞUZ	Fizik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Oya Oğuz</i>
Yrd.Doç.Dr.İlhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>İlhan Odabaş</i>
Yrd.Doç.Dr.Pervin Sevda BIKMAZ	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Pervin Sevda BıkmaZ</i>
Yrd.Doç.Dr.Baki YÖKEŞ	Moleküler Biyoloji	Haliç Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Baki Yökeş</i>
Av.Korkut HAZİNEDAR	Hukuk	Haliç Üniversitesi	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Korkut Hazinedar</i>

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Hatice Kübra YILMAZ

Doğum Yeri ve Tarihi: ISPARTA/ 13.09.1990

Medeni Hali: Bekar

Yabancı Dil: İngilizce

E-posta Adresi: dytkubrayilmaz@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise: Isparta Anadolu Lisesi	2009
Lisans: Haliç Üniversitesi	2013

İş Tecrübesi

Görev	Süre
Haliç Üniversitesi Diyetisyen	2014- halen

Bildiriler / Yayınlar

Yılmaz K., Beyhan Y., Derya K., Okul Öncesi Çocukların Beslenme Alışkanlıkları ve Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları İlişkisinin Saptanması Poster Sunumu, I. İstanbul Ulusal Beslenme ve Diyetetik Kongresi, 2015, İstanbul

Yağcı YE., Özerson Z., **Yılmaz K.**, Derya K., Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrin Polikliniğine Gelen Yetişkin Obezlerin Besin Destekleri Kullanım Sıklığı Poster Sunumu, I. İstanbul Ulusal Beslenme ve Diyetetik Kongresi, 2015, İstanbul

Atay MA., Öngün Yılmaz H., **Yılmaz K.**, Derya K., Okul Öncesi Çocuklarda Sık Görülen Beslenme Sorunlarının Değerlendirilmesi Poster Sunumu, I. İstanbul Ulusal Beslenme ve Diyetetik Kongresi, 2015, İstanbul

Akbaş GZ., Açkurt F., **Yılmaz K.**, Derya K., Beden Kitle İndeksi 25'in Üzerinde Olan Bireylerin Diyetetik ve Diyabetik Ürün Kullanım Durumları ve Bilgi Düzeylerinin Saptanması Poster Sunumu, I. İstanbul Ulusal Beslenme ve Diyetetik Kongresi, 2015, İstanbul

Derya K., Beyhan Y., **Yılmaz K.**, Kreş Çocuklarının Beslenme Durumunun Saptanması ve Kreş Menülerinin Değerlendirilmesi Poster Sunumu, I. İstanbul Ulusal Beslenme ve Diyetetik Kongresi, 2015, İstanbul