

T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LİSE ÖĞRENCİLERİNDE BEDEN KİTLE İNDEKSİNİN YEME
TUTUMU, BEDEN İMGESİ, BENLİK SAYGISI VE DEPRESİF
BELİRTİLER ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜL ÇAVLI

Danışman

Doç. Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KARS-2019

T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LİSE ÖĞRENCİLERİNDE BEDEN KİTLE İNDEKSİNİN YEME
TUTUMU, BEDEN İMGESİ, BENLİK SAYGISI VE DEPRESİF
BELİRTİLER ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜL ÇAVLI

Danışman

Doç. Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KARS-2019

T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Gül ÇAVLI tarafından hazırlanmış olan “**Lise Öğrencilerinde Beden Kitle İndeksinin Yeme Tutumu, Beden İmgesi, Benlik Saygısı ve Depresif Belirtiler Üzerine Etkisi**” adlı bu çalışma, yapılan tez savunması sonucunda jüri üyeleri tarafından Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği uyarınca değerlendirilerek oy *birleşik*..... ile..... kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: *14.06/2019*

Adı Soyadı:

Başkan: Doç. Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Fadime KAYA

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Nurhayat KILIÇ

İmza:

[Handwritten signatures]

Bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu' nun/..... gün ve/..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca ve tez aşamamda değerli yorumları, yönlendirmeleri ve değerlendirmeleriyle tezime büyük katkı sağlayan, başta anneliği olmak üzere kişiliğini, bilgisini, çalışkanlığını ve azmini örnek aldığım saygıdeğer tez danışmanım Doç. Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN'a,

Yüksek lisans eğitimime başlamama vesile olan güzel yürekli dostum Derya YILMAZ' a, eğitimim boyunca beni hep destekleyen okul müdürüm İbrahim BATU ve oda arkadaşım, değerli meslektaşım Didem ÖZTÜRK'e,

Hayatımdaki en büyük destekçim sevgili eşim Kazım ÇAVLI'ye ve bu çalışma sırasında hayatımıza giren gücüme güç katan, herşeye pozitif bakmamı sağlayan, bana en güzel duyguyu, anneliği tattıran can oğluşum ÇAĞAN'ıma,

Son olarakta, dualarını hiçbir zaman üzerimden eksik etmeyen olmazsa olmazım canım ANNEM'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
SEMBOLLER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
GRAFİKLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
ÖZET	X
ABSTRACT.....	XI
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Adölesan dönemi, gelişimi ve beslenme.....	4
2.1.1. Adölesan Dönemi Tanımı ve Sınıflandırılması.....	4
2.1.2. Adölesan Döneminde Gelişim ve Değişimler.....	5
2.1.3. Adölesan Dönemde Beslenme.....	8
2.2. Beden İmgesi.....	28
2.2.1. Beden İmgesinin Beden Kitle İndeksi ve Yeme Bozukluklarının ile İlişkisi..	30
2.3. Benlik Saygısı.....	30
2.3.1. Benlik Saygısının Beden Kitle İndeksi ve Yeme Bozuklukları ile İlişkisi.....	31
2.4.Depresyon.....	31
2.4.1.Depresyonun Beden Kitle İndeksi ve Yeme Bozuklukları ile İlişkisi.....	33
2.5. Adölesan Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü...	35
3.MATERYAL VE METOD.....	42
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	42
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	42

3.3. Araştırmanın Zamanı.....	42
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	42
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	43
3.6. Araştırma Soruları.....	43
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	44
3.8. Veri Toplama Araçları.....	44
3.9. Verilerin Toplanması.....	48
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu.....	48
3.11. Araştırma Verilerinin Analizi.....	49
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	49
4. BULGULAR.....	50
4.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Bulguları.....	50
4.2. Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamaları ve Risk Sınıflandırmaları.....	55
4.3. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri ile BKİ' nin Karşılaştırılması.....	58
4.4. BKİ ile Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişkiler.....	63
5. TARTIŞMA.....	64
5.1. Öğrencilerin Beden Kitle İndeksine Göre Sınıflandırmalarının Tartışılması.....	64
5.2. Öğrencilerin Yaşlarına Göre Cinsiyetlerine Yönelik Beden Kitle İndekslerinin Tartışılması.....	65
5.3. Öğrencilerin Sağlık/Hastalık Durumu ile İlgili Özelliklerinin Tartışılması.	66
5.4. Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları ile İlgili Özelliklerin Tartışılması...	66
5.5. Öğrencilerin Bedenini Algılaması ve Beden Uğraşısı ile İlgili Özelliklerinin Tartışılması.....	68
5.6. Öğrencilerin Kilo Alma Durumu Karşısındaki Tutumlarının Tartışılması.....	69
	70

5.7. Öğrencilerin YTT Puan Ortalaması ve Risk Sınıflandırmasının Tartışılması.....	
5.8. Öğrencilerin RBSÖ Puan Ortalaması ve Benlik Saygısı Düzeyinin Tartışılması.....	71
5.9. Öğrencilerin VAÖ Puan Ortalaması ve Bedenine İlişkin Doyum Düzeyinin Tartışılması.....	72
5.10.Öğrencilerin BDÖ Puan Ortalaması ve Depresif Belirti Düzeylerinin Tartışılması.....	73
5.11. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin BKİ ile Karşılaştırmalarının Tartışılması.....	74
5.12. Öğrencilerin Sağlık/Hastalık Durumu ile BKİ ile Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	77
5.13. Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları ile BKİ ile Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	79
5.14. Öğrencilerin Bedenini Algılaması ve Beden Uğraşısı ile BKİ ile Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	82
5.15. BKİ, YTT, VAÖ, RBSÖ ve BDÖ Arasındaki İlişkilerin Tartışılması.....	83
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	88
6.1. Sonuç.....	88
6.2. Öneriler.....	90
7. KAYNAKLAR.....	91
8. EKLER.....	102
9. ÖZGEÇMİŞ.....	121

SEMBOLLER ve KISALTMALAR DİZİNİ

- AN** : Anoreksiya Nervoza
- APA** : American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
- BDÖ** : Beck Depresyon Ölçeği
- BKİ** : Beden Kitle İndeksi
- BN** : Bulimiya Nervoza
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- RBSÖ**: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
- TÜİK**: Türkiye İstatistik Kurumu
- TYB** : Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
- VAÖ** : Vücut Algısı Ölçeği
- YB** : Yeme Bozukluğu
- YTT** : Yeme Tutum Testi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın Adölesanlara Yönelik Oluşturduğu Beslenme ve Fiziksel Aktivite Piramidi.....	9
Şekil 2. Seçilmiş Bazı Risk Faktörlerine Atfedilen YLD’nin Payı, (%), 2002, 2017.....	15
Şekil 3. Dünya Geneline ve Ülke Gelir Grubuna göre, 5-19 Yaş Arası Çocuklar ve Adölesanlar Arasında Şişmanlık Yaygınlığı Eğilimleri, 1975–2016.....	21
Şekil 4. Ükelere Göre Çocuk ve Adölesanlarda Obezite Artışı.....	21



GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Öğrencilerin Beden Kitle İndeksine Göre Sınıflandırması (n=987).....	50
Grafik 2. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Beden Kitle İndeksleri (n=987).....	50
Grafik 3. Öğrencilerin Kilo Alma Durumu Karşısındaki Tutumları/Yaklaşımları (n=987).....	55
Grafik 4. Öğrencilerin YTT Puan Ortalamalarına Göre Risk Sınıflandırması (n= 987).....	56
Grafik 5. Öğrencilerin RBSÖ Puan Ortalamalarına Göre Benlik Saygısı Düzeylerinin Sınıflandırması (n= 987).....	57
Grafik 6. Öğrencilerin VAÖ Puan Ortalamalarına Göre Bedenine İlişkin Doyum Düzeyinin Sınıflandırması (n= 987).....	57
Grafik 7. Öğrencilerin BDÖ Puan Ortalamalarına Göre Depresif Belirti Düzeylerinin Sınıflandırması (n=987).....	58



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Türkiye’de Adölesanlar için Önerilen Günlük Enerji ve Besin Öğeleri Güvenilir Alım Düzeyleri	10
Tablo 2: Normal Beslenme İçin Makro Besin Öğelerinin Enerjiye Katkı Oranları.....	11
Tablo 3: Onbeş Yaş ve Üzeri Bireylerde Beden Kitle İndeksinin Cinsiyete Göre Dağılımı (Beyana Dayalı), (%), 2012, 2014, 2016.....	15
Tablo 4. Adölesan Dönem Beslenme Sorunlarının Neden Olduğu Sorunlar.....	26
Tablo 5. Adölesan Sağlığına Yönelik Hemşirenin Sahip Olması Gereken Yeterlilikler.....	40
Tablo 6. Okul Türlerine Göre Öğrencilerin Örnekleme Girme Oranları.....	43
Tablo 7. Adölesanlar için Beden Kitle İndeksine Göre Vücut Ağırlığının Değerlendirilmesi.....	45
Tablo 8. Ölçeklerin Cronbach Alfa Güvenirlik Değerleri.....	48
Tablo 9. Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri (n=987)	50
Tablo 10. Öğrencilerin Sağlık/Hastalık Durumu ile İlgili Özellikleri (n=987)....	52
Tablo 11. Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları ile İlgili Özellikleri (n=987)....	53
Tablo 12. Öğrencilerin Bedenini Algılaması ve Beden Uğraşısı ile İlgili Özellikleri (n=987).....	54
Tablo 13. Öğrencilerin YTT, VAÖ, RBSÖ ve BDÖ’nden Aldıkları Puan Ortalamaları (n= 987).....	56
Tablo 14. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri ile BKİ’nin Karşılaştırılması (n=987).....	59
Tablo 15. Öğrencilerin Sağlık/Hastalık Durumu ile BKİ’nin Karşılaştırılması (n=987).....	60
Tablo 16. Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları ile BKİ’ nin Karşılaştırılması (n=987).....	61
Tablo 17. Öğrencilerin Bedenini Algılaması ve Beden Uğraşısı ile BKİ’ nin Karşılaştırılması (n=987).....	62
Tablo 18. BKİ, YTT, VAÖ, RBSÖ ve BDÖ Arasındaki İlişkiler (n= 987).....	63

ÖZET

Lise Öğrencilerinde Beden Kitle İndeksinin Yeme Tutumu, Beden İmgesi, Benlik Saygısı ve Depresif Belirtiler Üzerine Etkisi

Bu çalışma, Kars ili Merkez ilçesindeki lise öğrencilerinde beden kitle indeksinin yeme tutumu, beden imgesi, benlik saygısı ve depresif belirtiler üzerine etkisinin araştırılması amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın çalışma evrenini Kars/Merkez'deki 2017-2018 eğitim-öğretim yılında farklı türdeki 7 lisede öğrenim gören 3206 öğrenci oluşturmuş ve çalışma 987 öğrenci ile yapılmıştır. Araştırmada Anket Formu, Yeme Tutum Testi (YTT), Vücut Algı Ölçeği (VAÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. Araştırma verileri SPSS 20.0 paket programında tanımlayıcı analizler (frekans, yüzdelik, minimum-maksimum-ortalama ve standart sapma), Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis ve Spearman Korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Öğrencilerin yaş ortalaması 15.63 ± 1.16 olup, % 71.1'i kız, % 28.9'u erkektir. Öğrencilerin BKİ'ne bakıldığında, % 73'ünün normal sınırlarda, % 6.4'ünün fazla kilolu ve % 0.6'sının obez olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin YTT, VAÖ, RBSÖ ve BDÖ'nden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında YTT ortalamasının 22.10 ± 10.89 ve yeme tutumlarının normal ve sağlıklı olduğu; VAÖ ortalamasının 131.00 ± 29.07 olup vücut algılarının olumlu olduğu, RBSÖ ortalamasının 4.61 ± 1.65 olup benlik saygılarının düşük olduğu, BDÖ puan ortalamalarının 13.80 ± 10.87 olup depresif belirti düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Öğrencilerde BKİ ile YTT arasında pozitif ($r=.079$, $p=0.013$), VAÖ arasında negatif ($r=-.074$, $p=0.021$) ilişki olduğu görülürken; RSBÖ ($r=-.033$, $p>0.05$) ve BDÖ ($r=-.033$, $p>0.05$) arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki görülmemektedir.

Anahtar Sözcükler: Beden Kitle İndeksi, Beden İmgesi, Benlik Saygısı, Depresyon, Yeme Tutumu.

ABSTRACT**Effect of Body Mass Index on Eating Attitudes, Body Image, Self-Respect and Depressive Symptoms of Highschool Students**

This descriptive and correlational study was implemented to investigate the effect of body mass index on eating attitudes, body image, self-respect and depressive symptoms of high school students in Merkez district of Kars. Study population conducted of 3206 students in 7 different high schools in Kars/Merkez in the school year of 2017-2018 and the study was completed with 987 students. In the study, Questionnaire Form, Eating Attitude Test (EAT), Body Perception Scale (BPS), Rosenberg Self-Respect Scale (RSRS) and Beck's Depression Inventory (BDI) were used. As a result of the research, data were analyzed in the SPSS 20.0 package software with descriptive analyses (frequency, percentage, minimum-maximum-mean and standard deviation), Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis and Spearman's Correlation test. The students' age average was 15.63 ± 1.16 years; 71.1% of them were female and 28.9% male. Considering the students' BMI; it was determined 73% were within normal bounds, 6.4% were overweight and 0.6% obese. Considering the students' EAT, BPS, RSRS and BDI score averages; EAT average was 22.10 ± 10.89 and eating attitudes normal and healthy; BPS average 131.00 ± 29.07 and body perception positive; RSRS average 4.61 ± 1.65 and self-respect lower; BDI average 13.80 ± 10.87 and depressive symptoms lower. There was no positive correlation between their BMI and EAT ($r=.079$, $p=0.013$), negative correlation between BMI and BPS ($r=-.074$, $p=0.021$); statistically significant correlation between RSRS ($r=-.033$, $p>0.05$) and BPS ($r=-.033$, $p>0.05$).

Keywords: Body Mass Index, Body Image, Self-Respect, Depression, Eating Attitude.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Çocuk sağlığında son 50 yıldaki olumlu gelişmeler sonucunda çocukların hayatta kalım oranları artması adölesan nüfusunu da arttırmıştır. Bugün dünyada her 4-5 kişiden biri adölesan (10-19 yaş) olup, toplam 1.2 milyar adölesan yaşamaktadır. Adölesan dönem; gelişimin yaşandığı, duygusal durumlar ve ilişkisel sorunlarla baş etmenin öğrenildiği bir dönemdir (Saka 2017b). Alkol ve madde kullanımı, obezite, fiziksel aktivite yetersizliği gibi sağlık riski oluşturan davranışların çoğu adölesan dönemde başlamaktadır. 60 yaş üzerindeki yüksek kolesterol, tansiyon ve şekerin % 29'undan bu dönem sorumludur. Bu sorunlara neden olan önemli durumlardan biri beslenme bozukluklarıdır (Adesina ve ark. 2012, Ahmad ve ark. 2013, Saka 2017a). Adölesan dönem beslenme bozuklukları, uygun şekilde tedavi edilmediğinde erişkinlik döneminde de devam etmekte, bu dönemde morbidite ve mortalitenin artmasına ve yaşam beklentisinin azalmasına yol açmaktadır (Clemente ve ark. 2011). Adölesan dönemde sık görülen beslenme bozukluklarından biri de obezitedir. Obezite, küresel olarak tüm dünyada ve Türkiye'de gittikçe artan sadece erişkinlerde değil çocuklar ve adölesanlar da görülen önemli bir halk sağlığı problemidir (Bozlar 2016, Guiné ve ark. 2016, Demir ve Çelepkolu 2018).

Dünya genelinde 1980-2010 yılları arasında obezite sıklığı dörde katlanmış olup her geçen gün prevelansı artmaktadır (Ahmad ve ark. 2013, Schneider ve ark. 2013, Guiné ve ark. 2016). 1980 yılında dünya genelinde erkeklerin % 5'i, kadınların % 8'i obez iken 2008 yılında bu sıklık erkeklerde % 10 kadınlarda % 14'e yükselmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı-2012, <https://sbu.saglik.gov.tr/>, 2018). Dünyada okul çağı çocuklarının % 10'unun aşırı kilolu olduğu ve bunun da dörtte birinin obez olduğu belirlenmiştir (Ahmad ve ark. 2013). Guiné ve arkadaşlarının belirttiğine göre (2016) DSÖ'ye göre adölesan dönemde erkeklerin % 31'i ve kızların % 18'i fazla kilolu ve 15 yaşında obezite her iki cinsiyet için sırasıyla % 24 ve % 17' dir. Türkiye Sağlık Araştırması 2010 verilerine göre 15 yaş ve üzeri yetişkin nüfusun % 33'ü fazla kilolu ve % 16.9'u obezdir (T.C Sağlık Bakanlığı-2012, <https://sbu.saglik.gov.tr/>, 2018). Ülkemizde adölesan bireyler arasında kilolu ve obez olma sıklığı gelişmiş ülkelerden daha az olmasına karşın bu sıklık artış göstermektedir (Çetinkaya ve ark. 2017).

Obezite, küresel olarak kronik hastalık ve sakatlık yükünün artmasına sebep olarak fiziksel ve psikolojik sağlığı etkilemektedir (Ahmad ve ark. 2013, Gübür

2017, Sağlam Eryılmaz 2018, Mitchell ve ark. 2018). Obezite; kardiyovasküler sistem hastalıkları, hipertansiyon, insülin direnci, Tip 2 diyabet, safra taşları ve kolesistit, osteoartrit, bazı kanser türleri, solunum disfonksiyonları, safra kesesi hastalıkları, uyku apne sendromu, inme ve artmış mortalite ile ilişkili fiziksel sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Diğer yandan toplumun şişmanlığa karşı gösterdiği tepki nedeni ile kişilerde anksiyete, depresyon, benlik saygısı düşüklüğü, beden imgesi bozukluğu, suçluluk duygusu, nefret ve somatik yakınmalar gibi psikolojik kökenli rahatsızlıklar da gelişebilmektedir. Obezitenin varlığı iş bulma güçlüğü, okul ve iş çevresince reddedilme gibi sosyal sorunlara dahi neden olabilmektedir (Cengiz 2011, Namakin ve ark. 2016, Sağlam Eryılmaz 2018). Yeme bozukluklarındaki artış, sosyal baskılar ve beden imajı algılarının çarpıtılması kilo vermeyi amaçlayan sağlıksız beslenme davranışlarına yol açmaktadır (Guiné ve ark. 2016).

Adölesanlarda görünüm, ağırlık ve akran görüşleri diğer yaşam dönemlerine kıyasla daha önemlidir. Vücut ağırlıkları arttıkça, vücut görüntüsündeki memnuniyetsizlik düzeyinde, benlik saygısında ve depresif duygudurumunda bir artış olur (Sampei ve ark. 2009). Vücut ağırlıklarındaki artış adölesanlarda uygunsuz diyetlere ve yeme davranış bozukluklarına neden olur. Diyet yapan adölesanların ve yeme davranışı bozukluklarının hızlı şekilde artışı, sağlık alanındaki uzmanların adölesan dönemde bedenini algılaması ve yeme tutumuna ciddi şekilde odaklanmasına sebep olmuştur (Selcen Çiftçi 2012).

Adölesan dönemde sağlıklı davranışların teşvik edilmesi ve gençlerin sağlık risklerinden daha iyi korunmaları sağlıklı gelişim için kritik öneme sahiptir (Adolescents: Health risks and solutions, <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>). Adölesanları üretken, sağlıklı ve doyurucu bir yaşama kavuşturacak bu girişimler sürdürülebilir kalkınma gündeminin önceliğinde yer almaktadır (Laski 2015). Bireyin yaşamını bütün yönleriyle ele alan holistik bir meslek olan hemşirelikte bireyin tüm yaşam dönemlerinde sağlığının sürdürülmesi ve geliştirilmesi hemşirelik bakımının vazgeçilmez bileşenlerindedir (Dolgun ve ark. 2011). Beslenmenin hâlâ sorun olduğu Türkiye’de yeme eğilimlerin ve buna bağlı beslenme bozukluklarının yol açtığı sorunların izlenmesi, böylece çoklu sistemik komplikasyonları önlemek için erken tanı ve hızlı önlemlerin alınması ihtiyacı vardır. Vücut kompozisyon analizleri,

çocuk ve gençlerde obezite gelişimi ve yeme bozukluklarının takibi ve tedavisinde önem arz etmektedir (Bozlar 2016). Beslenme bozukluğu riski olan adölesanların erken saptanması ve bu sorunu yönetecek önlemlerin getirilmesi, uzun vadede hem fiziksel hem de ruhsal olarak iyileşmelere neden olur (Clemente ve ark. 2011). Obezitenin yaygınlığını azaltmak için çocuklar üzerinde birçok çalışma yürütülmektedir (Ahmad ve ark. 2013, Guiné ve ark. 2016). Adölesan dönemde çocukluk dönemi ile karşılaştırıldığında kilo durumunun değerlendirilmesine daha az ilgi gösterilmektedir (Ahmad ve ark. 2013, Onyiriuka ve ark. 2015). Türkiye’de adölesanlar arasında aşırı kilo ve obezite için genel bir yaygınlık oranı oluşturma konusunda ulusal araştırmalar yapılması gerekmektedir. DSÖ adölesan bireylerin yaşadıkları sağlık problemlerinin toplumun geleceğini etkileyeceğini ancak bu problemlerin büyük bölümünün engellenebileceğini vurgulamaktadır (Çetinkaya ve ark. 2017; Adolescents: Health risks and solutions. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Erişim Tarihi: 24.05.2019).

Bu araştırma lise öğrencilerinde beden kitle indeksi (BKİ)’nin yeme tutumu, beden imgesi, benlik saygısı ve depresif belirtiler üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Mevcut çalışmanın sonuçları, aşırı kilolu adölesanlar için gelecekteki müdahale tedavi programlarına, politika ve program mücadelesine dahil edilmesi gereken değişkenlere yönelik fikir verecektir. Böylece çoklu sistemik komplikasyonları önlemek için erken tanı ve hızlı önlemlerin alınması sağlanacaktır. Araştırmanın adölesan birey, aile ve toplum açısından sağlığı koruma ve geliştirilmesine katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ADÖLESAN DÖNEMİ, GELİŞİMİ VE BESLENME

2.1.1. Adölesan Dönemi Tanımı ve Sınıflandırılması

Adölesan kelimesi, Latince bir kelime olan “adolescere”den türetilmiş olup, büyüme-gelişerek olgunlaşma anlamına gelmektedir (Güvenen 2017, Mertekçi 2017). Aynı anlamda kullanılan “Genç”, ”Ergen”, “Adölesan” sözcüğü, “Gençlik” ve “Delikanlılık” kavramı her bireye farklı anlamlar, dönemler ve sorunlar çağrıştırdığı gibi, anlamı ve çağrışımı, içinde bulunulan zaman-dönem- ve kültüre bağlı olarak da değişebilmektedir (Oto 2017, Saka 2017a). İnsan hayatı, en kaba haliyle beş dönem olan Bebeklik-Çocukluk-Gençlik-Yetişkinlik ve Yaşlılık olarak ele alındığında, “Gençlik dönemi-Adölesan Dönem” çocuklukla yetişkinlik-erişkinlik- arasında, gelişim dönemlerinin tam merkezinde yer alan ve bebeklik döneminden sonra en hızlı büyüme ve değişimin yaşandığı insanın hayatında önemli bir yer tutan bir dönemdir (Gökçe 2017, Oto 2017). Adölesan dönemi; fiziksel, duygusal, psikososyal ve cinsel alanda hızlı ve sürekli gelişimin görüldüğü, kimlik duygusunun kazanıldığı ve kişiliğin olgunlaştığı, bireyin bağımsız olarak kendi kararlarını verebilme özelliğini oluşturduğu, sosyal- mesleki üretkenliğini kazandığı bir dönemdir (Gökçe 2017, Güvenen 2017, Mertekçi 2017, Oto 2017, Saka 2017a).

Adölesan dönemi, genellikle kızlarda 10-12, erkeklerde ise 11-14 yaşlar arasında başlamakta olup, 10-19 yaş arasındaki bireyler adölesan olarak kabul edilmektedir (Onyiriuka ve ark. 2015, Mertekçi 2017, Saka 2017a). Gelişim aşamaları evrensel gibi görünse de, zamanlaması ve hızı, bireysel ve çevresel bazı faktörlerin etkisiyle değişmektedir (Yıldırım 2018). Dünyada her dörtte bir ve beşte bir arası kişiden biri adölesandır (Adesina ve ark. 2012). Adölesanlar, bir ülke nüfusunun büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde toplam nüfusun çeyreğini temsil eden nüfusun adölesan olduğu tahmin edilmektedir (Onyiriuka ve ark. 2015). Türkiye’de TÜİK nüfus 2018 sonuçlarına göre nüfusun % 15.54’ü 10-19 yaş arası adölesanlardan oluşmaktadır (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567>, Erişim Tarihi: 08.02.2019).

DSÖ adölesan dönemini; fiziksel, sosyal ve psikolojik gelişme aşamalarına göre erken, orta ve geç olmak üzere 3 döneme ayırmıştır (Güvenen 2017, Saka 2017a, Yıldırım 2018)

Erken adölesan dönemi, 10-13 yaş arasında yer alan, aileden ayrılma, bir akran grubuna yönelme ve özdeşleşmenin yer aldığı dönemdir.

Orta adölesan dönemi, 14-16 yaşlar arasına görülmekte olup, akran grupları oldukça önemlidir ve sosyal bağımsızlığa ilerleme baskındır.

Geç adölesan dönemi, 17 yaş dolaylarında başlar ve 19 yaşlarında kimliğin oluşmasıyla sona erer. Bu dönemin sona erme zamanı kültürden kültüre ve kişiden kişiye değişiklik gösterir. Bu dönemde kariyer planları yapılmaya başlanmış olup ekonomik bağımsızlığa doğru ilerleme baskındır (Güvenen 2017, Saka 2017a, Yıldırım 2018).

2.1.2. Adölesan Döneminde Gelişim ve Değişimler

Adölesan dönemde, bedensel, cinsel, psikososyal, ahlâk, bilişsel ve kişilik alanlarında birçok gelişim ve değişim yaşanmaktadır. Adölesanların bu değişimlere uyum sağlayıp sağlayamaması, beden ve benliğin kabulü veya reddi gelişimsel özelliklerini etkilemektedir. Sağlıklı bir beden algısı ve benlik saygısı için bedensel, cinsel ve sosyal gelişimin kabul edilmesi oldukça önemlidir (Gökçe 2017).

2.1.2.1. Fizyolojik Gelişim ve Değişimler

Fiziksel büyüme, bebeklik, çocukluk ve adölesan döneminin tamamında devam eden dinamik, karmaşık ve uzun bir süreci içermektedir (Yıldırım 2018). Bu dönemde bireyde fiziksel olarak pekçok değişim görülmektedir (Tekgül ve ark. 2012, Gökçe 2017).

Kızlarda değişimin ilk bulgusu meme gelişimidir. Androjenlerin etkisiyle pubik ve aksiler kıllanmanın ardından menstrüasyon başlar (Gökdemir ve Güzel 2017). Erkeklerde değişimin ilk bulgusu ise testis volümünün 4mL'nin üzerine ya da testisin uzun çapının $\geq 2,5$ santimetreye ulaşmasıdır. Başlangıçta testis büyümesi tek yönlü olabilir. Daha sonra, penis büyümesi ve pubik kıllanma görülür. Boy artışıdaki hızlanma genellikle testis hacmi 10-12mL'ye çıkınca meydana gelir.

Erkeklerde ses değişimi testis volümü 8mL'ye çıkınca başlar ve 12mL'ye erdiğinde belirgin hale gelir (Gökdemir ve Güzel 2017).

10-14 yaşları arasındaki erken adölesan dönemi erkeklerde kas kütleinin, kızlarda yağ kütleinin arttığı dönemdir (Güvenen 2017). Puberte döneminde 8-14 cm/yıllık bir büyüme atağı görülür. Kızlar boy uzunluğu olarak en fazla büyüme hızı geliştiği dönemde yılda 9 cm uzar ve adölesan dönem boyunca toplam 25 cm civarında boy uzaması gerçekleşir (Yılmaz ve Çelepkolu 2018).

Adölesan dönemde büyüme, erkeklerde kızlara göre daha geç ve yaklaşık 2 yıl sonra başlamaktadır. Boy uzama hızı erkeklerde kızlara göre daha yüksektir. Boy uzaması en yüksek hızına (yılda 9 cm) yaklaşık 13.5 yaşında ulaşmaktadır. Boyun uzama hızı yavaşlamakta, büyüme genellikle birkaç yıl sonra tamamlanmaktadır (Yıldırım 2018). Erkekler bu dönemde 10.3 cm / yıl uzarlar ve ergenlik boyunca yaklaşık 28 cm boy uzaması gelişir. Kızlarda 15, erkeklerde 17 yaşa geldiğinde kemik yapılarındaki epifizler kapanır (Yılmaz ve Çelepkolu 2018).

Bu dönemde, akneler ve sık sık terlemeler görülmeye başlamış ve ses kalınlaşmıştır. Adölesan döneme eşlik eden fiziksel değişikliklerle hem erkek hem de kızlar görünüşleri ile meşgul olma eğilimindedirler (Yıldırım 2018). Geç adölesan dönemde fiziksel gelişim tamamlanmıştır (Güvenen 2017).

2.1.2.2. Psikososyal Gelişim ve Değişimler

Bu dönem, bebeklik döneminde doğumla başlayan uyum süreci ve çabalarına benzerliği nedeniyle bireyin “ikinci doğumu” olarak da tanımlanmaktadır. Birey; bedensel, düşünsel, sosyal ve duygusal fırtınalarla dolu bu dönemden kendi başa çıkma yetenekleri, deneyimleri ve başta ailesi olmak üzere sosyal destekleri sayesinde başa çıkmaya çalışmaktadır (Oto 2017).

Adölesan dönem, kimliklerin şekillenmeye ve birey olarak kim olduklarının keşfedilmeye başlandığı süreçtir. Bu dönemde adölesanlar çoğunlukla nasıl bir birey olduğu ve kim olacağı ile ilgilenirler (Göçe 2017). Bu dönemde özellikle kızlarda fiziksel değişimlerin, kültüre bağlı olarak farklı yansımaları olabilmektetir. Daha erken gelişen kızlar büyüdüklerini gizlemek için ya da akranlarından farklı

görünmemek için kambur durabilirler. Erkeklerde de boyu kısa kalanlar, aşağılık-yetersizlik duygularını yaşayabilir ve yalnızlığı ya da hayal kurmayı tercih edebilirler (Oto 2017). Kızların ilk menstrüasyonları korku, panik, utanma duyguları yaşamalarına yol açabilirken, erkeklerde ilk gece boşalması, yoğun günahkarlık ve suçluluk duygularına yol açabilecektir. Bu dönemde adölesanın bedensel gelişimi ile psikolojik gelişimi paralel gitmeyebilir (Oto 2017).

Adölesanların bağımsızlıklarını kazanma istekleri vardır ve kendilerini çoğu zaman dünyanın merkezinde görürler, aileler bunu bencillik olarak tanımlamaktadır (Güvenen 2017). Politik sorunlar, değerlerle ilgili (ahlak) tartışmalar, kuralları yeniden gözden geçirmeler genç ve başta ebeveynleri olmak üzere diğer yetişkinlerle çatışma yaşamalarına yol açabilir. Artık kendisine “dayatılanı” değil, kendisine doğru gelenleri savunmaya başlar. Benzer yaklaşımları gösteren gruplara ilgi artar. Düşüncede farklı olmak, abartılı olmak, inatlaşmak, karşı çıkmak gibi davranışlar ebeveynlerinin tedirgin olmasına yol açabilir (Oto 2017). Adölesan dönemi, arkadaşlığın önemli olduğu bir dönemdir (Yıldırım 2018). Bu döneminin en önemli özelliklerinden biri de aile ve toplumla çatışma yaşayan gencin, kendini kanıtlamak ya da bir grupta yer edinebilmek için çeşitli suç örgütleri (çete, mafyatik yapılanmalar ya da yasadışı politik gruplar) ile karşılaşabilme olasılığıdır (Oto 2017). Sağlıklı bir kimlik kazanımı için uygun rol modellerin olması çok önemlidir. Aile, akran grupları, öğretmenleri adölesanın kimlik oluşumunda çok önemli rol oynamaktadır. Genellikle akran grubun etkisiyle sigara, alkol kullanma bu dönemde görülebilmektedir (Güvenen 2017).

Adölesan dönem bireyin değişen sosyal rollerine bağlı, stres ve zorlukların arttığı bir zamandır. Bu nedenle ruhsal sağlık sorunları genellikle bu dönemde ortaya çıkmaktadır (Yıldırım 2018). Bu dönem başta şizofreni olmak üzere, psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkma riskini taşımaktadır. Depresyon, yoğun anksiyete, panik ataklar ve duygu durum bozuklukları bu dönem için olası hastalıklardır. Bu hastalıklara ilişkin ilk belirtiler bu dönemde ortaya çıkarlar (Oto 2017). Bu dönem yaş grubunun başvuru nedenlerine bakıldığında, kızlarda bedensel şikayetler ve intihar girişimi, erkeklerde ise dikkat eksikliği, hareketlilik ve konuşma bozukluğunun daha sık olduğu dikkati çekmektedir. Ayrıca, adölesanlarda şiddet davranışı riski de daha fazladır. Adölesan dönemin başlaması, intihar davranışının

görülme sıklığını da arttırmaktadır. İntihar davranışıyla ölenlerin birçoğunun 15-24 yaş arasındaki gençlerden oluşması, sorunun ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Bu nedenle bu dönemde yapılan psikiyatrik muayene önemlidir (Yüksel 2017).

2.1.2.3. Cinsel Gelişim ve Değişimler

Cinsiyet hormonlarının salgılanması ve cinsel organların olgunlaşması görülmektedir. Adölesan döneminin başında gonad hormonların etkisiyle overler, uterus, labialar ve klitoris büyür, endometrium ve vajinal mukoza kalınlaşır. Follikül Stimulan Hormon, follikül gelişimini ve östrojen yapımını uyarır. Kız çocuklarda östrojenin etkisiyle meme başında koyulaşma ve memelerde büyüme (telarş), pubik ve aksiller bölgede kıllanma (adrenarş), menarş görülür. Luteinize Hormon sayesinde ovulasyon ve corpus luteum oluşumu başlar. Erkeklerde ise, Follikül Stimulan Hormonun etkisiyle spermatogenez başlamıştır. Luteinize Hormonun testosteron yapımını kontrolü sonucunda testisler büyümeye başlar, skrotum derisi değişir, pubik ve aksiller kıllanma ve spermarş (uykuda seminal mayi boşalımı) görülür (Güvenen 2017).

Cinsel gelişim yalnızca biyolojik göstergelerle ele alınamayacak kadar geniş bir alanı ilgilendirmektedir. Cinsel dürtülerin yaşanmasından ve denetlenmesinden, cinsel kimliğin kazanılmasına kadar birçok özellik içinde yaşanan toplum ve kültür tarafından etkilenmektedir (Oto 2017). Adölesan cinsel duygularıyla ilgili zaman zaman utanma yaşayabilmektedir. Orta adölesan dönemde karşı cinse ilgi başlar (Güvenen 2017). Adölesanlar aynı cinsiyetteki ebeveynlerini gözleyerek, taklit ederek kimliklerini geliştirebilecekleri gibi, kitle iletişim araçları da bu süreci etkileyebilmektedir. Cinsel kimlik, cinsel rol, cinsel yönelim gibi cinsel alanla ilgili gelişim ve değişimler bireyin psikososyal uyumunu da etkileyebilmektedir (Oto 2017).

2.1.3. Adölesan Dönemde Beslenme

Büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması ve yaşam kalitesinin artırılması için besinlerin vücuda alınıp kullanılması “beslenme” olarak tanımlanmaktadır. Vücudun büyümesi ve gelişmesi, dokuların yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli ve dengeli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması gerekir (Saka

2017b). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın adölesanlara yönelik oluşturduğu beslenme ve fiziksel aktivite piramidi Şekil 1’de aşağıda verilmiştir.

Şekil 1: Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın Adölesanlara Yönelik Oluşturduğu Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Piramidi



Kaynak: Sağlıklı Yemek Tabagım. <https://www.saglik.gov.tr/TR,22550/saglikli-yemek-tabagim.html>, Erişim Tarihi: 07.02.2019.

Adölesan dönemde büyüme ve gelişmenin hızlanmasına ve metabolik hızda değişime bağlı olarak vücudun enerji ve protein ile birlikte vitamin ve minerallere olan ihtiyacı artar (Mertekçi 2017, Saka 2017a, Bostancı Daştan 2018). Türkiye’de adölesanlar için önerilen günlük enerji ve besin öğeleri güvenilir alım düzeyleri Tablo 1’de verilmiştir. Bireysel olarak her adölesanın besin gereksinimi aktivite durumu, cinsiyeti, vücut kompozisyonu ve biyolojik olgunluğuna göre değişebilmektedir (Saka 2017a). Adölesanlar sık sık dışarıda ve ayaküstü hızlı atıştırmalarla yemek yerler ve arkadaş çevrelerinden daha çok etkilenerek işlenmiş gıda, kolalı içecek, şeker ve tuzdan zengin olan fast-food (ayakta hızla yenilen hamburger, pizza, kola v.b.) gibi zararlı besinleri daha fazla tüketir ve daha fazla öğün atarlar (Bostancı Daştan, 2018).

Tablo 1: Türkiye’de Adölesanlar İçin Önerilen Günlük Enerji ve Besin Öğeleri Güvenilir Alım Düzeyleri

	Erkek		Kadın	
	10-13 yaş	14-18 yaş	10-13 yaş	14-18 yaş
Kilo (kg)	46	65	35	55
Boy (cm)	157	176	157	163
Enerji (kkal)	2445	2860	2200	2260
Kkal /kg	53	44	48	41
Protein (g/kg)	1.0-1.3	0.9-1.1	1.0-1.3	0.8-1.2
A vit (mcg)	600	900	600	700
D vit (mcg)	10	10	10	10
E vit (mcg)	11	15	11	15
K vit (mcg)	60	75	60	75
Kalsiyum (mg)	1300	1300	1300	1300
Demir (mg)	10	10	10	18
Çinko (mg)	11	11	10	10
C vit. (mg)	75	75	75	75
B12 vit (mcg)	1.8	2.4	1.8	2.4

Kaynak: Saka G. Okul Öncesi ve Okul Çocuklarında Beslenme. Edt: Haspolat YK, Büyükgebiz A, Yolbaş İ, Ertuğrul S. Çocuklarda ve Ergenlerde Gelişim. Orient Yayınları, Ankara 2017, 226.

Enerji Gereksinimi: Bu dönem günlük enerji ihtiyacı fiziksel aktivite ile ilgilidir, fiziksel aktivite fazla ise enerji ihtiyacı daha fazladır. Kız çocuklarında enerji ihtiyacı 12 yaşında artmaya başlayarak yaklaşık 2550 kkal/gün’e kadar yükselir, 18 yaşında 2200 kkal/gün’e düşer. Erkek çocuklarında 16 yaşında günlük enerji ihtiyacı 3470 kkal’ye kadar ulaşır, ancak bu oran 16-19 yaşları arasında yaklaşık 2900 kal/gün’dür (Bostancı Daştan 2018). Enerjinin hangi besin öğelerinden ne kadarının karşılanacağı Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2 :Normal Beslenme İçin Makro Besin Öğelerinin Enerjiye Katkı Oranları

Enerjinin Yüzdesi			
	Protein	Karbonhidrat	Yağ
4-18 yaş arası	10-20	50-60	25-35

Kaynak: Saka G. Okul Öncesi ve Okul Çocuklarında Beslenme. Edt: Haspolat YK, Büyükgebiz A, Yolbaş İ, Ertuğrul S. Çocuklarda ve Ergenlerde Gelişim. Orient Yayınları, Ankara 2017, 225.

Protein Gereksinimi: Proteinler hücrelerin en önemli yapısal ve işlevsel bileşeni olup, kas dokusunun gelişimi için önemlidir. Bu yaş grubunda her gün yaklaşık 39-71,5 gr arasında protein alınması gereklidir. Başlıca protein kaynakları hayvansal ürünlerdir (etler, yumurta, süt ve süt ürünleri). Bitkisel protein kaynakları ise soya, taneli tahıllar ve fındık vb. sayılabilir. Protein yetersizliğinde lineer büyümede azalma, cinsel gelişimde gerilik ve yağsız vücut ağırlığında azalma görülebilir (Saka 2017, Saka 2017b).

Karbonhidratlar: Diyetteki en önemli enerji kaynağı olup, 10-18 yaş erkeklerin günde 9, kadınların 7 porsiyon karbonhidratlı besinler tüketmeleri önerilmektedir Tahıl ve tahıl ürünleri yanı sıra meyveler ve bazı sebzeler karbonhidrattan zengin besinlerdir. Şeker ve nişasta diyetteki başlıca karbonhidratlardır. (Saka 2017a, Saka 2017b, Selcen Çiftçi 2012).

Yağlar: Enerji vermeleri yanı sıra besinlerin lezzetini ve kabul edilebilirliğini artırır, mide boşalmasını ve intestinal motiliteyi yavaşlatarak tokluk yaratır. Toplam kaloringin %20-35'i yağlardan karşılanmalıdır. Günlük yağın 1/3'ünün doymuş, 1/3'ünün tekli doymamış, 1/3'ünün çoklu doymamış yağlardan gelmesi önerilmektedir. Hızlı hazır besinlerde sıkça kullanılan trans yağ asitleri içeren hazır gıdalar ise önerilmemektedir (Saka 2017a, Saka 2017b).

Vitaminler: Düzenleyici olarak çalışıp, sıklıkla koenzim olarak görev yaparlar. B grubu vitaminler, besinlerle alınan karbonhidrat, yağ ve proteinden enerji oluşmasına yardımcıdır. D vitamini; kalsiyum ve fosfor gibi minerallerin kemik ve dişlerde yerleşmesi sağlamaktır. Antioksidan vitaminler (A, C ve E vitaminleri)

vücutta hücre hasarını önler ve bazı zararlı maddelerin vücuttan uzaklaştırılmasını sağlar (Saka 2017b).

Mineraller: Mineraller düzenleyici olarak görev yapar ve vücudun bağışıklık sisteminde kullanılırlar. İnsan vücudunun ortalama mineral oranı % 6 dır. Kalsiyum, fosfor, sodyum, potasyum, demir başlıca minerallerdir. Kalsiyum ve fosfor kemik dokusu ve dişlerin yapı taşıdır. Sodyum ve potasyum vücut sıvılarının dengesini sağlayan minerallerdendir (Saka 2017a, Selcen Çiftçi 2012). Adölesan dönemde kemik kütlelerinin % 45'i oluştuğundan, bu dönemde kalsiyum alımı çok önemlidir. Bu dönemde yeterli kalsiyum alınamaması ileri dönemde osteoporoz için risk oluşturur (Bostancı Daştan 2018). Kalsiyuma ilave olarak demir alımı, özellikle menstrüasyona başlayan kızlar ve hızlı büyüme ve yağsız vücut kütlesi gerektiren erkekler için gereklidir (Saka 2017b, Bostancı Daştan 2018).

2.1.3.1. Adölesanlarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Adölesanların yeterli ve dengeli beslenip beslenmediklerine karar verebilmenin çeşitli yöntemleri bulunmaktadır. Antropometrik yöntemler, besin tüketiminin saptanması, biyokimyasal ve biyofizik testler, klinik belirtiler ve sağlık hikayesi ve psikososyal veriler beslenme durumunun saptanmasında en sık, en ucuz ve kullanışlı olan yöntemlerdir. Gelişmeyi değerlendirebilmek için zaman içinde düzenli aralıklara yapılan ölçümlerin yapılması gerekir (Saka 2017a, Yolbaş 2018, Yolbaş ve Yılmaz 2018).

Antropometrik Yöntemler: Beslenme durumunun saptanmasında antropometrik ölçümler sıklıkla kullanılmaktadır. Vücut ağırlığı, boy uzunluğu, üst orta kol çevresi, baş çevresi, bel çevresi, kalça çevresi, deri kıvrım kalınlıkları, göğüs çevresi, kulaç uzunluğu, baş-pubis/pubis-topuk oranı, oturma yüksekliği, beden kitle indeksi (BKİ) gibi ölçümler sıklıkla kullanılan ve DSÖ'nün önerdiği yöntemlerdir (Saka 2017a, Yolbaş 2018, Yolbaş ve Yılmaz 2018).

Vücut ağırlığı: Vücutta sıvı miktarının ödem ve asit gibi nedenlerle artması veya ishal ve dehidratasyon gibi nedenlerle, vücutta tümör varlığı ve organ büyümeleri gibi durumlarda vücut ağırlığı ölçümü doğru sonuçlar vermeyebilir (Yolbaş 2018).

Boy uzunluğu: Boy uzunluğu kötü beslenmenin en az altı ay sürmesi sonucu etkilenir. Tecrübeli kişiler tarafından doğru şekilde ölçülmesi çok önemlidir (Yolbaş 2018).

Deri kıvrım kalınlıkları (Biceps, triseps, subskapular ve suprailiak gibi) ve Üst kol çevresi: Vücut yağ miktarı ve yağsız vücut dokusunu belirleyen antropometrik ölçümlerdendir. Ölçümlerin doğru olarak yapılabilmesi için tecrübeli kişiler ve uygun aletler ile yapılmalıdır (Yolbaş 2018). BKİ ile birlikte kullanıldığında etkinliği artar (Önal ve Adal 2014).

Bel, kalça, baldır çevresi: Bel çevresi ölçümü vücut yağını yansıtan bir ölçümdür. Erkek adölesan ve yetişkinlerde bel çevresi ve bel/kalça oranı kardiovasküler ve metabolik hastalıklar için risk değerlendirmesi amacıyla kullanılabilir. Ölçümlerin doğru olarak yapılabilmesi için tecrübeli kişiler ve uygun aletler ile yapılmalıdır (Önal ve Adal 2014, Yolbaş 2018).

Beden Kitle İndeksi: Adölesan dönemi obezitenin gelişmesi için yaşamın kritik aşamalarından biridir ve BKİ, düşük kilolu ve aşırı kilolu antropometrik göstergelerin temeli olarak önerilmiştir (Onyiriuka ve ark. 2015). BKİ, kişinin boy ve kilosu ölçülerek vücut ağırlığının, metre cinsinden boyun karesine oranı ile hesaplanan ve fazla kiloluluk ve obeziteyi sınıflandırmada sıklıkla tüm yaş grupları için geçerli olan, ancak sporcularda kas kitlesinin fazla olması nedeniyle uygun olmayan bir yöntemdir (Cengiz 2011, Bozlar 2016, Guiné ve ark. 2016, Sağlam Eryılmaz 2018, Yolbaş 2018, World Health Statistics 2018. https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/haberler/2018_istatistikleri.pdf.

Erişim Tarihi: 08.02.2019). DSÖ, 1995 yılında, aşırı kilolu ve obez adölesanların taranmasında BKİ'nin [$BMI = \text{ağırlık (kg)} / \text{boy (m}^2\text{)}$] kullanılmasını önermiştir (Clemente ve ark. 2011, Adesina ve ark. 2012). Kişiyi elde edilen değerlere göre zayıf, normal kilolu, fazla kilolu veya obez olarak kategorize etme çabasıdır da denilebilir. Ölçümde kullanılan sınır değerlerin nerede olması gerektiğiyle alakalı tartışmalar olsa da, *DSÖ, her iki cinsiyetten yetişkinler* için geçerli olan 4 sınıflı bir sınıflandırma belirlemiştir: zayıf ($BKI < 18.50 \text{ kg / m}^2$), normal ($18.50 \leq BKI \leq 24.99 \text{ kg / m}^2$), fazla kilolu ($25.00 \leq BKI \leq 29.99 \text{ kg / m}^2$), obez ($BKI \geq 30.00 \text{ kg / m}^2$) (Bozlar 2016, Guiné ve ark. 2016). Örneğin: 180 cm boyunda ve 80 kg ağırlığındaki bir hastanın $BKI = 80 / 1.80 = 24,69$ 'dir ve BKİ 19–25 arasında olan kişiler normal

kilolu kişiler olarak kabul edilirler (Bozlar 2016). Bireyleri durumlarına göre kolayca sınıflandırmanızı sağlar. DSÖ, okul öncesi çocuklar ile okul çağındaki çocuklar ve adölesanlar için yetişkinler için BKİ kesiklerine uygun Çocuk Büyüme Standartlarına yönelik eğriler geliştirmiş ve bunları kullanmanın daha doğru olduğunu belirtmiştir. DSÖ'ye göre, BKİ persentil aralığını kullanarak, çocuk ve adölesanlarda kilo durumu kız ve erkek persentil ve Z skoru çizelgeleri kullanılarak değerlendirilir. Bu çizelgelere göre şu şekilde sınıflandırılmıştır: düşük kilolu (BKİ, 5. persentilden daha az); normal ağırlık (5 ila <85 persentil arasında BKİ); fazla kilolu (>+1 SD-85 ila 95. persentil arasındaki BKİ); ve obez (BKİ 95. Persentilden->+2 SD daha fazla) (Onyiriuka ve ark. 2015, Yıldız ve ark. 2015, Guiné ve ark. 2016, Güvenen ,2017, Demir ve Çelepko lu 2018). Çocukluk ve ergenlik hızlı bir büyüme zamanıdır ve sağlıklı bir BKİ bireyin yaşına ve cinsiyetine bağlıdır (Cengiz 2011, World Health Statistics 2018. https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/haberler/2018_istatistikleri.pdf. Erişim Tarihi: 08.02.2019). BKİ yağsız kitleleri aşırı yağ kütlelerinden ayıramamasına yönelik kısıtlı olmasına, aşırı kiloluluk doğrudan yağ ölçümleri ile daha iyi belirlenmesine rağmen; klinik ve araştırma ortamlarında basit, ucuz ve girişimsel olmayan bir yöntem olmasından dolayı diğer yöntemlere kıyasla daha fazla kullanılmaktadır. Vücut yağının ölçülmesinde BKİ ile diğer vücut yağının ölçüldüğü yöntemler arasında paralellik olduğu gösterilmiştir (Must ve Anderson 2006, Mertekçi 2017).

BKİ persentillerinin kullanımı, risk altındaki çocukların belirlenmesine ve obezitenin ciddiyetinin ölçülmesine yardımcı olabilir. Önleme önemlidir, çünkü obezitenin etkili tedavisi sınırlıdır (Onyiriuka ve ark. 2015). Tablo 3'te Türkiye'de 2012-2016 yılları arasında Onbeş Yaş ve Üzeri Bireylerde BKİ'nin Cinsiyete Göre Dağılımı (Beyana Dayalı) verilmektedir.

Tablo 3: Onbeş Yaş ve Üzeri Bireylerde Beden Kitle İndeksinin Cinsiyete Göre Dağılımı (Beyana Dayalı), (%), 2012, 2014, 2016

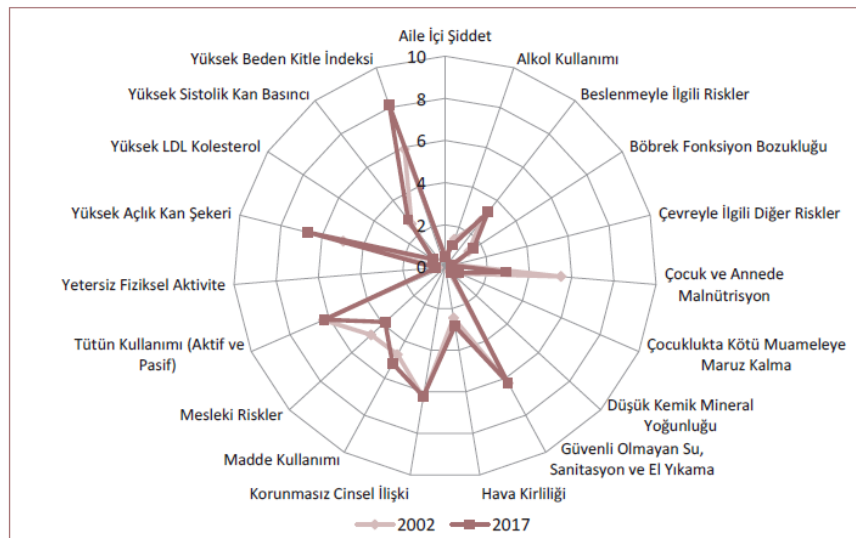
Yıl	Cinsiyet	Düşük Kilolu	Normal Kilolu	Obez Öncesi	Obez
2012	Erkek	2,7	44,7	39,0	13,7
	Kadın	5,1	43,6	30,4	20,9
	Toplam	3,9	44,2	34,8	17,2
2014	Erkek	2,8	43,7	38,2	15,3
	Kadın	5,5	40,7	29,3	24,5
	Toplam	4,2	42,2	33,7	19,9
2016	Erkek	2,5	43,8	38,6	15,2
	Kadın	5,6	40,4	30,1	23,9
	Toplam	4,0	42,1	34,3	19,6

Kaynak: Başara BB, Soyutun Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2018, s. 60.

Bu yöntemlerden hangisi/hangilerinin kullanılacağı ekonomik koşullar, eğitimli personel varlığı ve zaman koşullarına göre belirlenir. Bu yöntemlerden elde edilen değerler her adölesanın yaşına ve cinsiyetine göre DSÖ'nün 2007 yılında 5-19 yaş grubu için önerdiği değerlere yönelik normal, beklenen/referans/standart değerlerle karşılaştırarak büyüme ve gelişmesi değerlendirilir (Saka 2017a).

Ülkemizde 2002-2017 yılları arasındaki sakatlığa bağlı kayıp yıllara yol açan nedenlere bakıldığında Yüksek BKİ'nin de yer aldığı görülmektedir (Şekil 2).

Şekil 2: Seçilmiş Bazı Risk Faktörlerine Atfedilen YLD'nin Payı, (%), 2002, 2017



Kaynak: Başara BB, Soyutun Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2018, s. 105.

Laboratuvar: Öykü ve fizik muayene sonrası boy kısalığı olan bir adölesanda altta yatan kronik bir hastalık (örneğin inflamatuvar veya malabsorbsiyon gibi), endokrin bir bozukluk veya kolayca açıklanamayan bir büyüme problemi şüphesi varlığında uygulanır (Esen 2017). Obez çocuklar özellikle tip 2 diyabet açısından taranmalıdır. Amerikan Diyabet Derneği; BKİ >85. persentil olan 10 yaş üzeri çocuklarda en az 2 risk faktörü var ise iki yılda bir açlık kan şekeri ölçülmesini önermektedir. BKİ 85. persentilin üzerinde olan tüm çocuklarda açlık lipid paneli çalışılmalıdır (Önal ve Adal 2014).

Görüntüleme: Boy uzama potansiyelini değerlendirebilmek için çocuklarda sol el-el bilek grafisi ile kemik yaşı tayini yapılmaktadır. Boy tahmini sıklıkla takvim yaşı, güncel boy ve kemik yaşı kombinasyonunun kullanıldığı Bayley Pinneau metodu ile yapılmaktadır (Esen 2017).

2.1.3.2. Adölesanlarda Yeme Tutumu ve Etkileyen Faktörler Yeme Tutumu Tanım, Özellikler

Adölesanların yeme tutumları birçok etmenden etkilenmektedir (Tanrıverdi ve ark. 2011). Adölesanlarda yeme tutumunu aile içi sorunlar, ailede psikiyatrik ve yeme bozuklukları, benlik saygısı düşüklüğü, obezite, yemek ve kilo uğraşları, cinselliğin algısı ve uyum, karşı cinse ilgi ve beğenilme arzusunda artış, cinsel travma öyküsü, adölesan sorunları, biyolojik ve genetik faktörler, sosyo-kültürel değerler gibi birçok faktör etkilemektedir (Ünal ve ark 2009, Tanrıverdi ve ark. 2011, Ulaş ve ark. 2013, Uskun ve Şabaplı 2013). Adölesanların yeme tutumlarını etkileyen bu faktörlerin saptanması bir sağlık sorunu olan obezitenin ve ilişkili hastalıkların önlenmesinde yol gösterici olabilmektedir (Tanrıverdi ve ark. 2011).

Genetik: Anne babadan yeme bozukluğuyla ilgili aktarılan genler, yeme davranışı (kısıtlama, zorlama, aşırılık gibi) ve tutumlarına (beden memnuniyetsizliği, ağırlık kaybı için sürekli çaba gibi) yönelik model oluşturmaktadır. Aynı zamanda, yeme bozukluğuna yönelik genetik yatkınlığı olan bir kişi, beden görünüşünün orantısız oluşuna yönelik ebeveynleri veya akranları tarafından eleştirilmektedir. Bu

eleştiriler, genellikle yeme bozukluğu davranışlarının başlamasını neden olabilir (Guiné ve ark. 2016, Yıldırım 2018).

Kişisel sebepler: Kadınlarda beslenme bozukluğu gelişme riski erkeklere göre daha fazladır. Adölesan dönemde bu risk en üst seviyededir. Özellikle kadın sporcular, ağırlıklarını kontrol etmek için sağlıksız yeme davranışları ya da yeme bozukluğu geliştirme riski taşıyan bir gruptur (Yıldırım 2018).

Adölesanların beslenme tutumunu etkileyen kişisel sebeplerden bir diğeri özellikle kızlarda dış görünüş kaygısıdır. Adölesanlar, dış görünüşlerinin karşı cinsin hoşuna gidecek biçimde olmasını ister ve birçoğu vücut ağırlıklarının fazla olduğunu düşünerek kaygılanır (Mertekçi 2017).

Yeme tutumunu etkileyen bir diğeri durum ebeveyn tutumlarıdır. Aile sistemleri teorisi-AST'ye göre daha iyi iletişim, sorun ve çatışma çözme dahil olmak üzere daha olumlu aile işlevleri gösteren fonksiyonel aileler sıcak ve destekleyici aile etkileşimlerine bağlı beslenme tutumlarını da içeren bir dizi olumlu adölesan davranışı ile ilişkilendirilir. Bu ebeveynlerin çocuklarının daha fazla fiziksel ve duygusal doyurumunun olmasının, daha yüksek meyve ve sebze alımı, olumlu beden imajı ve benlik saygısı ve daha sık yemek yiyen kahvaltı dahil, sağlıkla ilgili çeşitli davranışlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Schneider ve ark. 2013).

Fiziksel gelişim ve beden algısı: Adölesan dönemde kızlarda daha fazla olmak üzere fiziksel değişimlerin başkaları tarafından kabul görmesi son derece önemlidir. Adölesandaki sosyal kabul arayışı, yeme alışkanlıklarının değişmesine ve düzensiz yeme alışkanlıkları kazanılmasına yol açmaktadır. Özellikle son on yıl süresince adölesan ve çocuklarda obezitenin artışıyla birlikte adölesanlar arasında kilo verme ve diyet yapmanın da arttığı görülmektedir. Özellikle obezite benlik saygısını düşürür, bu bireyler de daha fazla olumsuz yeme tutumları göstermektedir (Özdemir 2014).

Toplumsal Kültür Yapısı ve Medya: Adölesan yaş grubunda şişmanlık ve zayıflığın birlikte görülmesinin en önemli nedenlerinden bazıları; toplumlarda sosyal, ekonomik, kültürel ve geleneksel yapıların adölesanların ideal beden ölçüleri ve bedensel

algılamalarını etkilemesidir (Özdemir 2014). Kitle iletişim araçlarında zayıflığın güzellik ile eş tutulması yeme tutumunu etkileyen önemli bir faktördür (Öncü ve Sakarya 2013).

2.1.3.3. Adölesanlarda Beslenme Sorunları ve Yeme Bozuklukları

Adölesan dönemdeki çeşitli beslenme sorunları oluşabilir (Oruçlular 2013, Bostancı Daştan 2018). Bu dönemde özellikle kızlar beslenmede çeşitli öğün atlamaları ve beslenme sorunları yaratma riski altındadır (Bostancı Daştan 2018). Akman ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarında ise; adölesanların % 63.9'unun günde en az bir öğün atladığı ve sadece % 23.3'ünün sağlıklı beslenme davranışı gösterdiği görülmüştür. Adölesan dönemde oluşan yanlış beslenme alışkanlıkları bireyin sağlığını yaşamı boyunca olumsuz etkiler (Tural Büyük ve Duman 2014).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5'te (DSM-5) yeme bozukluğu, "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" olarak adlandırılmıştır (Yıldırım 2018). Yeme bozuklukları psikiyatrik hastalıklar arasında olum oranı yüksek bir hastalık grubu olup, vücut ağırlığı takıntısı, vücudun şekli ile ilgili olumsuz düşünceler ve beraberinde gelişen duygulanım bozukluklarının görüldüğü özel bir hastalık grubu olarak açıklanır (Tural Büyük ve Duman 2014). Adölesan dönemde yeme bozukluğu geliştirme riski erkeklerde % 14.9, kızlarda % 20.8'dir. Yeme bozukluğu olan bireylerin % 90'ından fazlasının 25 yaşından genç olduğu, en sık 15-19 yaş arası görüldüğü ve en riskli grubunu lise ve üniversite öğrencileri nin oluşturduğu bilinmektedir (Öncü ve Sakarya 2013, Tural Büyük ve Duman 2014, Bostancı Daştan 2018).

Yeme bozukluğu sıklığı yaygınlığı farklı ülkelerde değişmektedir: ABD'de % 22, Kanada'da % 16, Japonya'da % 35, Güney Afrika'da % 21.2, Türkiye'de % 45, İspanya'da % 7 ve Brezilya'da % 13 olarak belirlenmiştir (Yu ve ark. 2015). Yeme bozukluğu açısından yüksek riskli grupları en iyi temsileden grup adölesan grup olup herhangi bir tür yeme bozukluğunun adölesanlarda görülme sıklığı % 4'tür (Vardar ve Erzen 2011, Ulaş ve ark. 2013).

Obezite, anoreksiya nevroza, bulimiya nevroza ve tıkanırcasına yeme bozukluğu adölesan dönemde görülen yeme bozukluklarıdır (Bostancı Daştan 2018, Yıldırım 2018).

Obezite; “Şişman” karşılığı olarak kullanılan, Latince “obesus” sözcüğünden türeyen, “iyi beslenmiş” anlamına gelen bir sözcüktür (Cengiz 2011). Obezite, günlük alınan enerji miktarının günlük enerji tüketiminden fazla olduğu, vücudun kabul edilebilir ölçülerin üzerinde aşırı yağlanması durumudur (Cengiz 2011, T.C Sağlık Bakanlığı-2012-<https://sbu.saglik.gov.tr/>, Önal ve Adal 2014, Demir ve Çelepkolu 2018).

Obezite ve ilgili metabolik hastalık sorunu risk sadece yetişkinler arasında yaşanmaz. Pediatrik ve adölesan obezitesi de belgelenmiştir (Kimani-Murage ve ark. 2010). Adölesanlarda obeziteyi etkileyen en önemli faktörlerden birisi genetikdir ve ailede obezite öyküsü bireylerde obezite gelişme riski 3-4 kat artmaktadır. Her iki ebeveyni obez olan çocuklarda obezite gelişme sıklığı % 80, ebeveynlerinden birisi obez olanlarda % 40, her iki ebeveyni de obez olmayanlarda ise obezite riski % 7 olarak saptanmıştır. Çocukların biyolojik ebeveynlerinden ayrı yetişmelerine rağmen obezitenin görülmesi genetik faktörleri etkisini göstermektedir (Cengiz 2011, Schneider ve ark. 2013, Önal ve Adal 2014, Sağlam Eryılmaz 2018). Ayrıca adölesanlarda; beslenme alışkanlıkları (yağ ve şeker içeriği yüksek, enerji yoğun gıdaların alınmasına doğru artan beslenme değişikliği, sağlıksız yiyeceklerin ve sağlıksız atıştırmalıkların alınması, büyük porsiyonlu beslenme fast food beslenme veya abur-cubur beslenme alışkanlığı, öğün atlama), yaşamın ilk iki yaşında yanlış beslenme şekilleri, gestasyonel diyabet, ulaşımındaki değişiklikler ve kentleşmenin artması (yürüme yollarına, bisiklet yolları, fiziksel aktivite ve spor-eğlence tesislerine erişim gibi durumlar) veya sedanterizm (televizyon, yatak odasında televizyonun olması, bilgisayarlar, cep telefonları vb.), uyku düzeni, kullanılan ilaçlar, komorbid hastalıklar gibi etkenlerin obeziteye katkıda bulunan faktörler olduğu görülmüştür (Schneider ve ark. 2013, Jadhav ve ark. 2014, Jones ve Vaterlaus, 2014, Önal ve Adal 2014, Guiné ve ark, 2016, Mertekçi 2017, Demir ve Çelepkolu 2018, Green ve ark. 2018, Mitchell ve ark. 2018). Televizyon izleme süresi aynı zamanda gençlerde fazla kiloya önemli bir katkı olarak kabul edilir. Amerikan Pediatri Akademisi gençlerin tarama zamanlarının günde 1-2 saat ile sınırlı kalmasını önermektedir

(Schneider ve ark. 2013). Scheider ve arkadaşlarının belirttiğine göre, Andersen ve arkadaşları günde 4 veya daha fazla saat televizyon izleyen gençlerin, günde 2 saatten az izleyenlere göre daha fazla vücut yağına ve daha yüksek BKİ'ye sahip olduklarını bulmuşlardır (Schneider ve ark. 2013). Psikodinamik açıdan bağımlılık, güvensizlik, yetersizlik, güçsüzlük, duyarlılık, edilgenlik, çekingenlik, utangaçlık, suçluluk, günahkârlık duyguları olanlarda daha fazla görülmektedir (Cengiz 2011). Huh ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışmada orta adölesan dönemden geç adölesan döneme geçişin, kadınlarda obezite durumunda en yüksek riske sahip olan dönem olduğu belirtilmiştir.

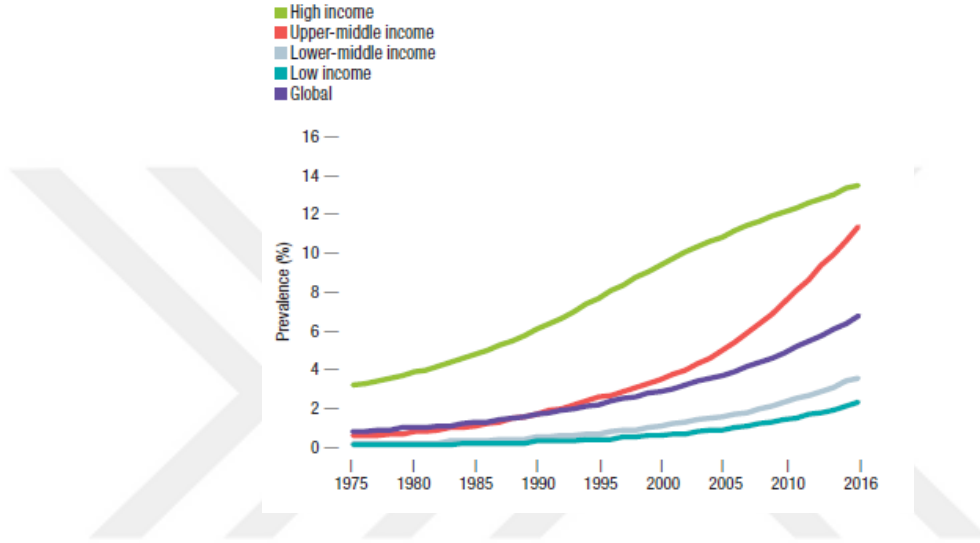
DSÖ; obeziteyi en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul etmiştir (Köksoy ve ark. 2017). Dünyanın birçok yerinde yetersiz beslenme sorunları görülürken aynı zamanda obezite de küresel bir beslenme sorunu olarak karşımıza çıkmakta olup, özellikle kalp hastalıkları, solunum sorunları ve kanserlere yönelik sağlık sonuçlarının bir öngörücüsüdür. Dünyada, son dört yılda 5-19 yaşları arasındaki obez çocuk ve adölesanların sayısında on kattan fazla bir artış görülmüş olup 1975'te 11 milyondan 2016'da 124 milyona yükselmiştir (World Health Statistics 2018. https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/taceseyuklemeler/haberler/2018_istatistikleri.pdf.

Erişim Tarihi: 08.02.2019). 1970'lere kıyaslandığında günümüzde obezite en az 10 kat arttığı görülmüştür (Jones ve Vaterlaus 2014, Demir ve Çelepkolu 2018). 2016'da, 5-19 yaşlarındaki yaklaşık 340 milyon çocuk ve adölesanın- ya da her beş kişiden birinin (% 18.4) küresel olarak aşırı kilolu ya da obez olduğu belirlenmiştir (World Health Statistics 2018. https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/taceseyuklemeler/haberler/2018_istatistikleri.pdf.

Erişim Tarihi: 08.02.2019). Dünya ülkelerine göre 1975-2016 yılları arasındaki obezite eğilimi Şekil 3'te gösterilmiştir. Başlangıçta yüksek gelirli ülkeleri etkileyen bir sorun olarak görülmüş olsa bile günümüzde düşük ve orta gelirli ülkelerin özellikle kentsel bölgelerde yaşayan çocuklarını daha fazla etkilemektedir (Demir ve Çelepkolu 2018). Günümüzde dünyada okul çağı çocuklarının yüzde 10'unun aşırı kilolu olduğu ve bunun da dörtte birinin obez olduğu tahmin edilmektedir (Ahmad ve ark. 2013). Portekiz'de erkeklerin % 31'i ve kızların% 18'inin fazla kilolu ve 15 yaşında obezite her iki cinsiyet için sırasıyla % 24 ve % 17'ye ulaştığı görülmektedir (Guiné ve ark, 2016). Birleşik Krallık'ta ergen erkeklerin% 37.8' inin ve kızların % 36.6'sının fazla kilolu veya obez olduğu görülmektedir (Green ve ark. 2018). ABD'

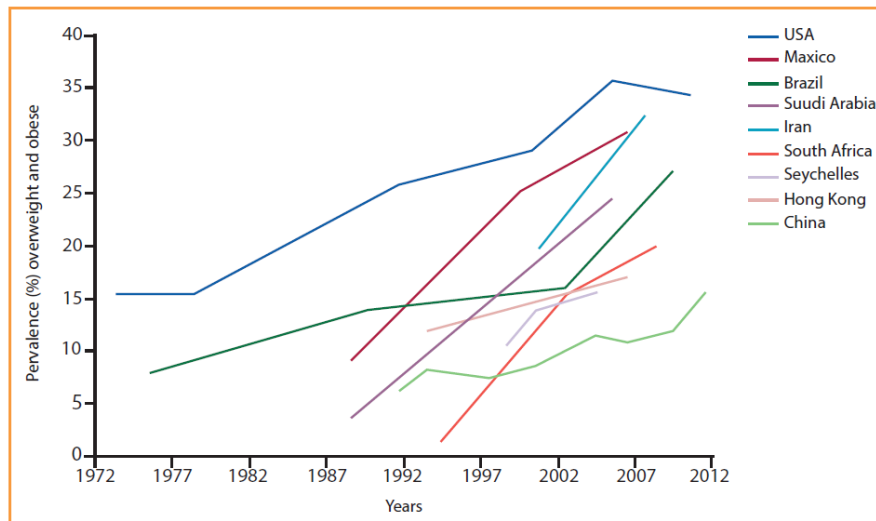
de 2011-2014 yıllarında obezite prevalansını değerlendirmek için yapılan çalışmalarda çocuk ve adölesanların %17'sinin obez olduğu sonucuna görülmüştür. İspanya'da, adölesanlarda üçte biri aşırı kilolu ve yirmide biri obez olduğundan rakamlar endişe vericidir. Bu, Avrupa'nın en yüksek rakamlarından biridir (Ocampo ve ark. 2017). Ülkelere göre obezite oranının artışı Şekil 4'te verilmektedir.

Şekil 3: Dünya Genelinde ve Ülke Gelir Grubuna göre, 5-19 Yaş Arası Çocuklar ve Adölesanlar Arasında Şişmanlık Yaygınlığı Eğilimleri, 1975–2016.



Kaynak: World Health Statistics 2018. Erişim Tarihi: https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/haberler/2018_istatistikleri.pdf. 08.02.2019).

Şekil 4: Ülkelere Göre Çocuk ve Adölesanlarda Obezite Artışı



Kaynak: Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M. L., Hall, K. D., Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., & McPherson, K. (2015). Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *The Lancet*, 385(9986), 2510-2520.

Türkiye’de ise adölesan bireyler arasında kilolu ve obez olma sıklığı gelişmiş ülkelerden daha az olmasına karşın 2008 yılında % 15.2 iken 2014 yılında %19.9’a ulaştığı belirlenmiş olup, bu sıklık artış göstermektedir (Çetinkaya ve ark. 2017, Sağlam Eryılmaz 2018).

Adölesanlarda obezite, dünya genelinde genel hastalık yüküne katkıda bulunan altıncı en önemli risk faktörüdür (Demir ve Çelepkolu 2018). Aşırı kilo ve obezitenin tanımlanması ve erken müdahalesi, kronik hastalıkların başlamasını önleme veya geciktirme açısından kritik önem taşımaktadır (Bostancı Daştan 2018).

Anoreksiya Nervoza (AN); Yunanca “iştah kaybı” anlamına gelir (Güleç Öyekçin ve Şahin 2011). Zayıf bir bedene sahip olma arzusu, yemeyi reddetme ya da çok az miktarda besin alımı, beden ağırlığının beklenenden çok daha düşük olması (sağlıklı normların % 85’inin altına düşmesine yol açacak kilo kaybı), beden imgesinde bozukluk ve kilo alma-şişmanlama korkusu, amenore (menstruel siklusun kaybı) ile karakterize olup son 50 yılda çarpıcı bir şekilde artmıştır (Güleç Öyekçin ve Şahin 2011, Öztop 2012, Selcen Çiftçi 2012, Öncü ve Sakarya 2013, Bostancı Daştan 2018, Yıldırım 2018) kilo almaktan korkma ve bozuk beden imajıyla karakterizedir. Menarfl sonrası dönemdeyse amenore diğer bir bulgudur (Öztop 2012).

AN’nın ortaya çıkmasında aile dinamikleri, sosyokültürel normlar, biyolojik ve genetik faktörler etkili olmaktadır (Özdemir 2014, Yıldırım 2018). Mükemmeliyetçilik, obsesiflik, düşük benlik saygısı, obezite, sosyal izolasyon ve etkisizlik duygusu gibi belirli kişilik özellikleri ve durumlarda daha fazla görülmektedir. Serotonin, norepinefrin ve dopamine gibi çeşitli nörotransmitterlerde bozukluklar etyolojik diğer bir nedendir. AN; komorbid olarak anksiyete bozuklukları, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve madde kötüye kullanım bozuklukları, diyabetes mellitus ve kistik fibrozis gibi hastalıklar ile görülebilmektedir. Kadın olmak, erken çocukluk döneminde yeme sorunlarının olması, diyet öyküsü, erken ergenlik, kronik hastalık varlığı, fiziksel ve cinsel istismar öyküsü, ailede psikopatoloji (anksiyete ve duygu durum bozuklukları), vücut

görünümünün önemli olduğu atletizm ile uğraşanlar risk altındadır (Bostancı Daştan 2018).

AN'nın başlangıç yaşı genellikle adölesan dönemi olup tipik olarak 10-30 yaşları arasında (ortalama 17 yaşında) başlar. Son yıllarda ergenliğin daha erken yaşlarda başlaması nedeniyle bu durumun daha erken yaşlarda başladığı görülmektedir (Selcen Çiftçi 2012). 15-19 yaşlarındaki kızlarda en yüksektir (Bostancı Daştan 2018).

Kilo kaybı, amenore, pubertal gecikme, büyüme geriliği, vücut tüylerindeki değişiklikler (saç dökülmesi veya saçların incelmeye), cilt değişimleri (cilt çoğunlukla hiperkeratotik alanlarla kurudur. Elin avuç içlerinde en belirgin sarı veya turuncu renk değişikliği olabilir), tekrarlayan kırıklar, hipotermi, hipotansiyon (postürel değişikliklerle sıklıkla ilişkili olan hipotansiyon gözlenebilir), postural baş dönmesi ve bayılma, sistolik üfürüm, erken doyma, karın şişkinliği, rahatsızlık ve ağrı, kabızlık, yorgunluk, kas güçsüzlüğü ve kramplar, konsantrasyon güçlüğü anoreksiya nervozanın belirtileridir. (Bostancı Daştan 2018).

İyileşme yavaş olmaktadır (hastaların sadece % 2'sinin 3 yıldan önce, % 35'inin 3-6 yıl içinde ve geriye kalan kısmında daha uzun zaman). Bazı olgularda tedaviden hemen sonra kilo alan hastada yeniden alevlenmeler olabilir. Bazı olgularda da aşırı kilo kaybı ve yıkım sonucu meydana gelen komplikasyonlara bağlı olarak ölümlerle sonuçlanabilir (Selcen Çiftçi 2012).

Bulimia Nervosa (BN); Bulimiya teriminin Yunanca'daki anlamı "ököz açlığı"dır (Güleç Öyekçin ve Şahin 2011). Tıkınırcasına yeme ataklarını (3 ay içinde haftada ortalama bir saatlik-2 tıkinma epizodu) ve zaman zaman görülen aşırı miktarda yeme nöbetlerini izleyen suçluluk duygusu, depresyon, özeleştirme ve bunu telafi etme çabaları (kilo almaktan kaçınmak için lakatif- diuretik- lavman, ipeca, diyet hapları, bitkisel ilaçlar kullanma) istemli olarak kendini kusturma veya aşırı ve yoğun egzersiz yapma) başlıca özellikleridir (Güleç Öyekçin ve Şahin 2011, Öztop 2012, Selcen Çiftçi 2012, Öncü ve Sakarya 2013, Bostancı Daştan 2018).

Başlangıç yaşı 18-19 olup, üniversite öğrencilerinde daha fazla görülmektedir. Batılı sanayileşmiş ülkelerde yaşayan genç kadınlarda BN'nin yaşam boyu yaygınlığının % 1-% 4 olduğu tahmin edilmektedir (Bostancı Daştan 2018).

Adölesan dönem, kız olmak, kilo kaygısı, düşük benlik saygısı olumsuz beden imajı ve diyet, dürtüsellik, stresli yaşam olayları ve aile çatışması, erken menarş, bir aile üyesinin yeme bozukluğu olması, çocuklukta cinsel istismar öyküsü, depresyon, madde kötüye kullanım, obsesif kompulsif davranış bozukluğu, kendine zarar verme ve kültürel olarak inceliğin vurgulanması BN oluşma riskini arttıran faktörlerdir (Özdemir 2014, Bostancı Daştan 2018).

Çoğu birey evde, tek başına yemeyi tercih eder. Çoğunluğu normal ağırlık aralığının üst sınırında veya hafif kilolu olmalarına rağmen, ideal kilo olarak normal ağırlık aralığının alt sınırını tercih eder. Hastaların, yaklaşık % 10'u şişmandır (Selcen Çiftçi 2012). Kendini sık sık tartma, yiyeceklerle meşgul olma, gıdalar, vücut ağırlığı, şekil ve boyutuyla aşırı derecede ilgili olma görülmektedir (Bostancı Daştan 2018). Mizaç bozuklukları görülme sıklığı yüksektir. Madde ve en yaygın olarak alkol kötüye kullanımı siktir (Selcen Çiftçi 2012). Bulimia nervoza olan hastalar, anoreksiya nervoza hastalarından daha fazla dürtücü olma eğilimindedir ve hırsızlık, çalınma, kendine zarar verme eylemleri ve cinsel acting out yaratabilir (Bostancı Daştan 2018). 1/4 hastada gıda, giysi ve mücevher en sık olmak üzere impulsif çalma sorunu görülür. Çıkarma davranışlarına bağlı, dişlerde aşınma, parotis bezi büyümesi, midenin akut dilatasyonu, yemek borusu zedelenmesi, karın ağrıları, ipeka zehirlenmesi sonucu kardiyomiyopatiye bağlı kalp yetersizliği önemli komplikasyonlardır (Selcen Çiftçi 2012). Cilt değişiklikleri (parmaklar kusmayı tetiklemek için kullanıldıklarında santral dişlere yapışmalara bağlı olarak elin sırtındaki kalluslar. Bu fiziksel işaret, Russell işaretleri olarak bilinir), tükürük bezlerinin, özellikle parotis bezlerinin büyümesi (genellikle bilateral ve ağrısız), dental emaye erozyonu (perimoliz) (genellikle dildeki dil, palatal ve posterior oklüzal yüzeylerde görülür), kiloda dalgalanmalar, ödem, zayıflık, yorgunluk, baş ağrısı, abdominal dolgunluk ve şişkinlik, mide bulantısı, düzensiz menstrasyon, kas krampları, göğüs ağrısı ve mide ekşimesi, kolay morarma (hipokalemi / trombosit disfonksiyonundan), kanlı diyare (laksatif kötüye kullananlarda) BN'nin belirti ve bulgularındandır (Bostancı Daştan 2018).

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB): Tıkınırcasına yeme kavramı, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından belirli bir zaman içinde, benzer koşullarda ve benzer sürede (altı ay süresince en az haftada iki kez olması), yemek sırasında kişinin yediklerinin miktarını kontrol edememesi ve yemeyi durduramaması şeklinde kontrol kaybı hissinin oluşması çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yemek tüketme şeklinde tanımlanmıştır. Bu sendromu BN' den ayıran en temel özellik; kendini kusturma, laksatif, diüretik ve lavman kullanımının olmaması, aşırı egzersiz davranışının görülmemesi gibi arınma eylemlerinin bulunmamasıdır (Selcen Çiftçi 2012, Güzey 2014, Bostancı Daştan 2018, Yıldırım 2018). Stres, depresif ruh hali ve öfke, yaşayan kişiler tarafından bu ruh halini düzeltmek için bir yol olarak kabul edilmiştir. Bu bireyler; yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol seviyesi, kalp-damar hastalıkları, diyabet ve safra kesesi hastalıkları açısından risk altındadırlar (Güzey 2014, Yıldırım 2018).

Adölesanlarda, klinik olgularda prevalansı % 1.6, subkliniklerde % 2.5 olarak bulunmuştur. Her ikisinde de ilk belirtilerin medyan yaşı 12.6 yıldır (Bostancı Daştan 2018). Kişiler genellikle şişmandır. Kızlarda biraz daha fazla görülmektedir (% 60 kız-% 40 erkek). Beden imaj bozukluğu olan bireylerde 1.5 kat daha fazla tıkınırcasına yeme sendromu riskinin olduğu görülmektedir (Selcen Çiftçi 2012, Güzey 2014). TYB olan kişiler normalden daha hızlı yerler ve yemek süresince yalnız olmayı tercih ederler. Aşırı yeme nöbeti sonrası kendilerinden hoşlanmaz ve depresif durum özellikleri gösterirler (Güzey 2014).

2.1.3.4. Adölesanlarda Beslenme Sorunları ve Yeme Bozuklukları Sonuçları

Adölesan dönemde beslenme sorunları ve özellikle aşırı kilo ile ilgili konuların hızla artması, fiziksel sağlık ve yaşam kalitesi ile ilişkili kısa ve uzun dönem sonuçları hakkında farkındalık yaratmıştır (Schneider ve ark. 2013, Jones ve Vaterlaus 2014). Yeme bozuklukları mortalite ve morbidite gelişiminde başlı başına bir risk faktörüdür, aynı zamanda kronik hastalıkları hazırlayıcı bir etmen olup pek çok sistemde geçici veya kalıcı sorunlara yol açmaktadır (Cengiz 2011, Torun ve ark. 2013). Adölesanlarda BKİ ve yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişkinin olduğu da görülmüştür (Schneider ve ark. 2013, Jones ve Vaterlaus 2014). Adölesan dönem beslenme sorunlarının neden olduğu sorunlar Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Adölesan Dönem Beslenme Sorunlarının Neden Olduğu Sorunlar

Solunumla İlgili Sorunlar	Kardiyovasküler	Endokrin	Ortopedik
Obstruktif uyku apnesi, Santral hipoventilasyon sendromu, Egzersiz intoleransı, Astımın kötüleşmesi.	Hipertansiyon, Yüksek tirigliserid, düşük HDL, yüksek LDL.	Polikistik over sendromu, Tip 2 diyabet.	Femur başında epifiz kayması, Sırt, ayak, diz ve kalça ağrısı.
Gastrointestinal	Cilt		
Alkole bağlı olmayan yağlı karaciğer hastalığı, Safra taşı, Gastroözofajiyel reflü, Konstipasyon.	Akatozis Nigrikans (Derinin memecikler halinde hipertrofisi, pigmentasyonu, kıl ve tırnakların distrofisi ile vasıflı bir dermatoz), Intertigo (Koltuk altları, boynun katlanma bölgeleri, intergluteal katlanmalar ve ayak parmağı araları gibi iki deri yüzeyinin birbiri ile temas ettiği bölgelerde meydana gelen yüzeysel bir dermatit).		
Genitoüriner	Psikolojik		
Böbrektaşı	Damgalanma Depresyon, Anksiyete, Yeme bozukluğu.		

Kaynak: Bostancı Daştan N. Çocukluk ve Adölesan Dönemde Beslenme ve Beslenme Sorunları. 98-99. Edt: Haspolat YK, Yolbaş İ, Aktar F. Ertuğrul S. Çocuklarda ve Ergenlerde Beslenme. Orient Yayınları, Ankara, 2018.

Fazla kiloluluk ve obezite dünya genelinde zayıflıktan daha çok ölümlerle ilişkilendirilmiştir. Dünya nüfusunun % 65'i fazla kiloluluk ve obezitenin zayıflıktan daha fazla yaşam kalitesini etkilediği ve ölüme neden olduğu sorunları yaşamaktadır. Hastalık yüklerine bakıldığında; diyabet % 44'ü, iskemik kalp hastalığının % 23'ü, belirli kanserlerin % 7-41'i fazla kiloluluk ve obeziteye bağlı görülmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı-2012, <https://sbu.saglik.gov.tr/>, 2018).

Adölesanlardaki yeme bozukluklarında, kendine zarar verici davranışlarda intihar potansiyeli görülebilir. Yeme bozukluğu olanları diğer psikiyatrik bozukluklardan ayıran önemli bir özellik, vakaların büyük çoğunluğunun hem

bedensel sağlığının bozulması, hem de bir kısmının intihar sonrası kaybedilmesidir (Öncü ve Sakarya 2013).

2.1.3.5. Adölesanlarda Sağlıklı Yaşam Önerileri

Yeme bozukluklarının önemli bir bölümü değişebilen faktörler nedeniyle görüldüğünden önleme ve erken müdahale büyük önem taşımaktadır (Yıldırım 2018). Adölesanın yeme davranışlarına da odaklanarak yapılacak müdahaleler ile bu dönemi sağlıklı yaşam için fırsata çevrilebilir (Saka 2017a).

Doymuş yağlar, trans yağ asitleri, basit şekerler ve tuzun azaltılması, sağlıklı gıdalara ulaşabilme adölesanlarda önemlidir. DSÖ yaşam boyunca basit şekerlerin tüketiminin azaltılmasını, günlük enerji gereksiniminin % 10'undan azı, hatta % 5'inden azının basit şekerlerden alınmasını önermektedir (Saka 2017a).

Yaşam stilleri de adölesan beslenmesinde temel tehditlerdir (Saka 2017a). Düzenli fiziksel aktivite adölesanlarda yeme bozuklukları kontrolünde vücut yağlarının beden ağırlığının azalmasını, bazal metabolizmanın hızlanmasını ve fiziksel uygunluğunu sağlamaktadır (Cengiz 2011, Yıldırım 2018). Adölesanın günlük yürüyüş miktarını arttırması, sportif faaliyetlere katılması önerilir, bilgisayar-televizyon gibi uzun süreli hareketsizliğe neden olan davranışları kısıtlanır (Cengiz 2011).

Medyanın, adölesanlarda yeme davranışının değiştirilmesi üzerinde güçlü bir etkisi vardır. Medya okur-yazarlığı, adölesanların beslenme tercihlerini ve yeme davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemelerinde etkilidir. Yine, sınıflarda sağlıklı beslenme eğitimi verilmesi de yeme bozukluğunun önlenmesini etkiler (Yıldırım 2018).

Diğer taraftan sigara ve alkol kullanma, fizik hareketsizlik, aşırı yeme, kötü diyet seçenekleri de bir arada olma eğilimindedirler. Bazı yörelerde yoksulluk, işsizlik, cinsiyet ve etnik ayrımcılık, aile ve toplum yapısındaki değişiklikler de adölesanın sağlıksız gelişimine etki eden faktörlerdendir. Beslenme sorunlarının çözümü için bu faktörler de göz önüne alınmalıdır (Saka 2017a).

Toplumsal düzeyde adölesanların sağlıklı beslenme durumunu geliştirmek için stratejiler:

- 1) Genel strateji ve müdahale modelleri a)Sağlık, beslenme ve gelişimin entegre edilmesi b)Genç dostu sağlık hizmetleri, c)Yaşam becerileri, sağlığın teşviki ve diğer müdahale modelleri,
- 2) Gençlere yönelik program yaklaşımları a)Okul temelli programlar b)Toplum temelli programlar: ergenden – ergene, çocuktan – çocuğa,
- 3) Adölesan döneminde beslenme müdahalesi için genel strateji a)Beslenmenin geliştirilmesi. Diğer sağlığı geliştirici aktivitelerle birlikte. b)Beslenme bozukluklarının önlenmesi ve tedavisi c)Klinik beslenme uygulamaları: Beslenmenin bozulduğu hastalıklarda (Saka 2017a).

2.2. BEDEN İMGESİ

Adölesanın psikososyal gelişiminde önemli bir rol oynayan beden imgesi; literatürde beden algısı, beden imajı, beden şeması, beden egosu ya da beden sınırı şeklinde ifadelerle de kullanılabilir (Selcan Çiftçi 2012, Uskun ve Şabaplı 2013, Özdemir 2014, Gökçe 2017). Adölesanlarda “beden imajı” da beslenme davranışları üzerinde etkilidir (Saka 2017a). En yalın anlamıyla beden imgesi, zihnimizde kendi bedenimizin bize nasıl şekillendiği ve görüldüğüdür (Cengiz 2011, Aktaran 2018). Beden imgesi, “kendi bedenimizin zihnimizde bilinçli veya bilinç dışı biçimlenen ve o beden kendimize görünen biçimini söyleyen resmi” olup kişinin bedeninin parçaları ve işlevlerine karşı olumlu ve olumsuz duyguları içeren zihnindeki bir resim olarak tanımlanmaktadır (Latha ve ark. 2006, Uskun ve Şabaplı 2013, Özdemir 2014, Çetinkaya ve ark. 2017, Aktaran 2018, Sağlam Eryılmaz 2018). Bu resmin gerçek görünümle ilgili olmayabilir (Latha ve ark. 2006).

Cinsiyet (kadınlarda beden imgesi daha erken başlar ve daha olumsuz algılar görülür), yaş (çocukluk döneminde başlar, diğer bireylerle etkileşim sürecinde değişir), ağırlık durumu (obezitede bozulur), düşük öz-saygı gibi kişisel özellikler ve toplumsal değerlendirmeler (aile, arkadaşlıklar, romantik ilişkiler, kitle iletişim araçları ve medya, moda) (Selcan Çiftçi 2012, Uskun ve Şabaplı 2013, Işık 2018, Sezgin 2018, Yıldırım 2018) beden imgesini etkileyen faktörlerdir. Beden imgesi, bir kişinin özgüvenine yakından bağlıdır. Erkekler başarılarını, güç statülerini ve

kontrollerini kullanarak özgüvenlerini elde etme eğilimindeyken, kadınların benlik kavramı ve benlik saygıları genellikle arzu ve çekiciliğe dayanır. Bu nedenle, kadınlar kilo vermek için erkeklerden daha fazla baskı altındalar. Ayrıca, bir insanın beden imgesi, toplumdaki ideallerin yanı sıra kendi inanç ve tutumlarından da etkilenir. Kızlar için, erkeklerle karşılaştırıldığında, algılanan vücut büyüklüğü ile ideal vücut büyüklüğü arasında daha büyük bir fark vardır. Kız adölesanlar fiziksel ve görünümle diğer yaş gruplarındakinden daha fazla meşgul ve kendilerini erkeklerden daha fazla kilolu olarak tanımlamaları daha muhtemeldir (Latha ve ark. 2006).

Beden imgesi, bir yaşından itibaren bireyin kendisini kendi olmayanlardan ayırt etmeye başlamasıyla ortaya çıkar ve yaşam boyu gelişerek sürekli değişir (Cengiz 2011, Uskun ve Şabaplı 2013). Adölesan dönemi, değişimlerin en çok yaşandığı, bireyin kendisini çevresine ve kendisine kabul ettirme çabalarının arttığı, başkaları ile kıyaslamaların daha fazla yapıldığı bir dönemdir. Bu dönemde beden ilgi odağı haline geldiğinden, olumsuz algılar birey için önemli utanç ve mutsuzluk kaynağı olabilmektedir ve genci bunalıma sürükleyebilmektedir (Selcen Çiftçi 2012). Bu dönemde, bedende yaşanan değişimlere uyum sağlama sürecinde yaşanan bir takım zorluklar ileride yeme bozukluğu patolojisi geliştirme olasılığını arttırabilmektedir (Tural Büyük ve Duman 2014). Literatüre göre, beden imgesi gelişiminde çeşitli bakış açıları görülebilir. Fiziksel özellikler ve ilgili değişiklikler, toplumsal mesajlar, sosyal ortamların tümü vücut algısının gelişiminde önemli bir rol oynar ve ayrıca bu görüntünün kişinin vücut sınırlarında nasıl hissettiği üzerinde bir etkisi vardır. Kişinin hayatının farklı aşamalarında sayısız zihinsel temsil ve psikolojik durum, psikolojik sağlık, yaşam kalitesi ve sosyal işleyiş üzerinde etkili olan beden imajı kavramını şekillendirir (Aktaran 2018).

Özellikle lise döneminde görünüm yaşlılar arasında fiziksel güç, cinsel olgunluk ve çekicilik bakımından değerlendirilir (Gökçe 2017). Kendini olumlu değerlendirenler, kişilerarası iletişim ve ilişkilerinde daha güvenli ve işlevlerinde daha başarılı olurken, kendini olumsuz değerlendirenlerde yaşamlarının çeşitli dönemlerinde ya da sürekli olarak yüksek algılanan stres, huzursuzluk, güvensizlik, değersizlik duyguları, depresyon, sosyal kaygı, düşük benlik saygısı, psikolojik iyi oluşta azalma, yaşam kalitesinde azalma ve obezite görülebilmektedir (Cengiz 2011, Gökçe 2017, Aktaran

2018, Yıldırım 2018). Adölesanlarda, özellikle kızlarda beden memnuniyetsizliğinden kaynaklanan nedenlere bağlı çeşitli diyetler uygulanmaktadır (Sezgin 2018).

2.2.1. Beden İmgesinin Beden Kitle İndeksi ve Yeme Bozukluklarının ile İlişkisi

Yeme bozukluklarında beden imgesinde de ciddi bozukluklar görülmektedir. Adölesan dönemde beden, merkezi odak noktası haline gelmekte ve beden imgesi birçok adölesanda diyet, sağlıksız kilo kontrol davranışları ve yeme bozukluğu ile ilişkilendirilmektedir. Sporcu adölesanlar fiziksel olarak ideali daha fazla önemsemektedir ve yeme bozukluğu patolojisi geliştirme açısından riskleri artmıştır (Yıldırım 2018). Olumsuz beden imgesi, yeme bozukluğunda tek etken olmamakla birlikte, yeme bozukluğunun şiddetini artıran ve tedaviyi zorlaştıran, uygunsuz diyetlere neden olan bir etkidir. Özellikle genç kızlar arasında zayıf olma, güzel olma ile eş anlamlı olarak algılanması yeme bozuklukları gelişiminde etkili olmaktadır (Selcen Çiftçi 2012, Uskun ve Şabaplı 2013).

Fazla kilo ve obezite, beden imgesi ile ilgili memnuniyetsizlik yaratır; bu nedenle, BKİ'si yüksek olan adölesanlar memnuniyetsizliğe en duyarlı olanlardır (Ocampo ve ark. 2017). Obezlerdeki beden imgesi ile ilgili çalışmalara baktığımızda, BKİ'nin beden imgesini olumsuz olarak etkilediği görülmektedir. Obezite başlangıç yaşının düşmesinin olumsuz beden imgesini arttırdığı belirlenmiştir. Ayrıca, çocuklukta kilosuz yüzünden alay edilme ve yetişkinlikte olumsuz beden imgesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kız olmak olumsuz beden imgesinde etken olup, beden imgesi bozukluğu da benlik saygısı düşüklüğü, uyum bozukluğu, yalnızlık ve depresyon ile ilişkili bulunmuştur (Cengiz 2011, Selcen Çiftçi 2012, Uskun ve Şabaplı 2013, Sezgin 2018).

2.3. BENLİK SAYGISI

İngilizcede "self esteem" sözcüğünden gelen benlik saygısı literatürde özgüven, özsaygı, kendilik saygısı ve öz değerlilik gibi ifadelerle karşımıza çıkmaktadır (Gökçe 2017). Benlik saygısı kavramını tanımlayan Rosenberg'e göre, benlik saygısı kişinin kendisini değerlendirerek kendisine karşı, olumlu veya olumsuz tutum içerisinde olma durumudur (Tanrıverdi ve ark. 2011). Benlik saygısı,

bireyin kendisine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duyguları, yetenekleri, başarıları, duyguları, psikolojik uyumu, değerlerini bedensel özelliklerini kabul ve benimsemesini içermektedir (Cengiz 2011, Özcan ve ark. 2013, Gökçe 2017, Işık 2018). Kişi kendini değerlendirmede olumlu bir tutum içinde ise, benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutum içinde ise, benlik saygısı düşük olarak kabul edilmektedir. Düşük benlik saygısı hem yeme bozukluklarında sık karşılaşılan bir belirtidir hem de yeme bozuklukları için önemli bir risk faktörüdür (Tanrıverdi ve ark. 2011). Benlik saygısı, bireyin kendisini olduğundan aşağı veya diğerlerinden büyük görmeden, beğenilmeye ve sevilmeye layık bulması olduğundan kişinin kendini beğenmesi için üstün yeteneklere veya özelliklere sahip olmasına gerek yoktur (Özcan ve ark. 2013, Gökçe 2017).

Benlik saygısının seviyesi, kişinin iş ve okuldaki beceri ve başarısını, stres ile başa çıkma etkinliğini, arkadaşlık ve dostluk ilişkilerinin gelişmesini, canlılık ve eğlenebilirlik durumunu etkilemektedir (Sağlam Eryılmaz 2018).

Adölesan birey, başkaları tarafından nasıl algılandığına yönelik duyarlıdır ve başka insanların kendisiyle ilgili olumlu ve olumsuz tüm algılarını içselleştirir. Bu dönemde olumlu bir benlik geliştirebilmesi için başta anne-baba olmak üzere normlar, idealler, baskın kültürün değerleri gibi çevresi de oldukça önemlidir. Bu dönemde adolesanın dışa dönük olan dikkati kendine ve bedenine doğru dönmeye başlamaktadır. Duygusunu, bedenini, nasıl biri olduğu ve nasıl bir kişi olmak istediğini incelemeye başlar (Cengiz 2011, Gökçe 2017). Özellikle 15-17 yaş arası, yaşam tarzının belirlendiği dönemdir, yaşam tarzının bir parçası olan yeme alışkanlıkları bu dönemde oluşmaktadır (Tanrıverdi ve ark. 2011). Özellikle kız ergenlerin benlik saygısı büyük oranda bedeni hakkındaki duygu ve düşüncelerine bağlıdır. Benlik saygısı düşük adolesanlarda kimlik bocalamasına, depresyona, psikosomatik yakınmalara daha sıklıkla raslanmaktadır (Cengiz 2011).

2.3.1. Benlik Saygısının Beden Kitle İndeksi ve Yeme Bozuklukları ile İlişkisi

Düşük benlik saygısı yeme bozukluklarında önemli bir risk faktörü olup, ayrıca yeme bozuklukları da kronik düşük benlik saygısına yol açmaktadır (Cengiz 2011, Arslanoğlu 2015). Yeme bozukluğunda benlik değeri; dış görünüş, bedenin şekli ve bireyin kilosuna bağlıdır. Kilo, bedenin şekli ve görünüşü üzerindeki oto-

kontrol, bireyin övünç hissetmesini sağlarken, bunları sağlamama bireyin utanç ve suçluluk duygusunun pekişmesine neden olabilmektedir (Oruçlular 2013).

BKİ ve benlik saygısı arasında ters bir ilişki olup, benlik saygısının düşük olduğu yeme bozukluklarından başta geleni obezitedir (Cengiz 2011, Sağlam Eryılmaz 2018). Batı toplumlarında zayıflık kavramı erişkinlerde olduğu gibi çocuklar arasında da beğeni toplarken, obez çocuklar dışlanabilmektedirler (Cengiz 2011). Obezite, beden memnuniyetsizliğini artırarak benlik saygısını azaltıcı etkiye bulunurken, obez bireylerde aynı zamanda düşük benlik saygısının ve olumsuz beden algısının da olduğu görülmektedir. Obez bireylerde benlik saygısındaki azalma hem etiyolojik faktör hem de sonuç olarak ele alınmaktadır. Obez bireylerin % 58.6'sının, normal bireylerin ise % 45.6'sının benlik saygısının düşük olduğu görülmektedir. BKİ kategorisine göre normal olan bireylerde düşük benlik saygısı 1.49 kat ve obezlerde 3.31 kat daha fazla görülmektedir (Sağlam Eryılmaz 2018). Kızlarda benlik saygısı anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (Cengiz 2011).

2.4. DEPRESYON

Sağlıklı insanlarda, dönem dönem yaşanan kayıp, değişim ve başarısızlığa uyum sürecinde normal bir tepki olarak, kısa süreli sona eren üzüntü ve sıkıntı duyguları ortaya çıkabilir. Bu durum bireyin uyum göstermesiyle sona ermektedir, ancak uyum çabaları etkisiz olduğunda patolojik durum olarak depresyon ortaya çıkar (Ançel 2016). Latince kökenli sözcük olan depresus'tan gelen depresyonun sözcük anlamı "çöküş, alçalma" olup, ilgi kaybı, çökkünlük, düşünme-konuşma ve hareketlerde yavaşlama, hayattan zevk alamama, değersizlik, küçüklük, suçluluk, isteksizlik, karamsarlık, pişmanlık, umutsuzluk duygu ve düşünceleri, enerjisizlik ve yorgunluk hali olarak tanımlanmaktadır (Engin ve Ergün 2014, Arslanoğlu 2015, Pahalı 2015, Tayfur 2018). Depresyonda klinik görünüm şikayetlerin şiddetine, yaşa ve eşlik eden diğer durumlara göre değişebilir (Tayfur 2018).

Adölesanlar çeşitli nedenlerden dolayı depresyona girebilir. Birçoğunda genetik yatkınlık bulunmakla beraber, taciz, 11 yaşından önce ebeveyn kaybı yaşanması aileden ya da sevdiklerinden ayrılma, ailenin boşanması, sevilen birinin ölümü, taşınma veya alışık olduğu ortamdan uzaklaşma, okul başarısızlığı, fiziksel hastalıklar veya olumsuz beden imajı depresyona neden olan etkenlerdir (Ançel

2016, Lim ve Kim 2017). Adölesan dönemde depresyonu tanımak bu dönemde de sık görülen üzüntü, yalnızlık, anksiyete ve çaresizlik duyguları nedeniyle daha zordur (Ançel 2016). Depresyon, adölesanlarda intiharların en büyük nedeni olup, 15-24 yaş arası ölümlerin üçüncü temel nedenidir. İntihar girişimi ile gelen ergenlerde depresyonun varlığı, depresyonu olan ergenlerde ise intihar düşüncesi veya girişimi mutlaka sorgulanması gerekmektedir. Adölesanda depresyonun temel belirtileri; sinirlilik, öfkenin uygun olmayan bir şekilde ifade edilmesi, agresif davranma, okul başarısızlığı, kaçma, suçluluk, sosyal geri çekilme, seksüel gereksinimlerin uygunsuz ifadesi, madde kötüye kullanımı, huzursuzluk ve apatidir. Özgüven eksikliği, uyku ve yeme bozuklukları ve psikosomatik şikayetler de yaygın olarak görülür (Ançel 2016, Yüksel 2017).

Hem dünyada hem de ülkemizde yaygınlığı küresel olarak gittikçe artmakta olup, önemli bir toplum sağlığı sorununu oluşturmaktadır (Engin ve Ergün 2014, Pahalı 2015, Sağlam Eryılmaz 2018). DSÖ, 2020 yılına kadar dünyada en önemli ve en büyük ikinci sağlık sorununun depresyon olacağını belirtmiştir (Bunsuz 2018). Bu yüksek oran depresyonun “psikiyatrik bozuklukların yaygın görülen soğuk algınlığı” olarak tanımlanmasına neden olmuştur (Ançel 2016). Her beş kişiden biri, yaşamlarında bir dönem depresyon geçirir. Adölesan öncesi dönemde kız ve erkekler arasında görülme sıklığı benzerken; adölesandan sonra yaş ilerledikçe kadınlarda 2-3 kat daha fazla görülmektedir (Engin ve Ergün 2014). Kadınların yaklaşık % 21’i ve erkeklerin % 13’ünün yaşamları boyunca bir kez klinik olarak depresyona girebilecekleri öngörülmektedir (Ançel 2016). Çoğunlukla 21 yaş öncesinde çocukluk ya da adölesan dönemde sinsi olarak görülen distimik bozukluk % 3-6 olarak görülmektedir (Engin ve Ergün 2014). Adölesanlarda depresif belirtiler kızlarda daha fazladır (Öztop 2012, Pahalı 2015). Özgüveni düşük, üst benlikleri yüksek ve sosyal ilişkilerinde bağımlı olan bireyler ruhsal çöküntü yaşamaya daha yatkındırlar (Bunsuz 2018).

2.4.1. Depresyonun Beden Kitle İndeksi ve Yeme Bozuklukları ile İlişkisi

Ergenlik, kilo problemleri veya depresyon için, kritik bir dönemdir (Revah-Levy ve ark. 2011). Bireylerin vücut ağırlığının korunmasında en önemli etkenlerden biri olan depresyon, yeme bozukluklarının en yaygın göstergesi ve aynı zamanda bu

bozuklukların oluşturduğu stresin doğal bir sonucudur. Eş tanı açısından değerlendirildiğinde; depresyon yeme bozukluğuna en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluktur. Depresyonun yeme bozukluğunda % 40-45 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Depresyon, tıknırcasına yeme davranışı gösteren olgularda diyet yapanlara göre daha fazla görülmektedir (Vardar ve Erzengin 2011, Oruçlular 2013, Arslanoğlu 2015). Yeme bozukluğu olan bireyler de yüksek oranda depresif belirti gösterebilirken veya bir depresyon tanısı alabilirken major depresyonu olan bireyler, kilo ve beden ile ilgili endişeler gösterebilirler (Oruçlular 2013).

Obezite ve depresyon bir arada çift yönlü olarak görülen, aralarında neden-sonuç ilişkisinin olduğu ve toplum sağlığını etkileyen iki önemli bozukluktur. Beslenme faktörleri ve azalmış fiziksel aktivite obezitede depresyona neden olabilir. Fizyoloji açısından, gerginlikle ilgili bazı mekanizmaların, hem obezite hem de depresyonda görülen bu mekanizmaların ön enflamatuar sitokinler üretebileceği görülmektedir. Beyin endorfinleri hem obezitede hem de depresyonda rol oynar. Depresyon serotonin eksenini aktivitesini kesebilir ve adrenal-hipotalamuspituitary eksenini aktive eder. Bu eksen, özellikle abdominal obezitede, şişmanlıkta aktiftir (Namakin ve ark. 2016, Tashakori ve ark. 2016, Sağlam Eryılmaz 2018). Ayrıca tüm vakalarda obezitenin depresyona yol açamayacağı, ancak depresyonun obezitenin ana faktörü olduğu belirtilmektedir. Richardson, ergenlikte depresyonun, obezite riskini depresyon öyküsü olmayan bireylerden iki kat fazla artırabileceğini belirtmektedir (Namakin ve ark. 2016, Tashakori ve ark. 2016). Obeziteye bağlı ergen depresyonu kadınlarda daha fazla görülür. Bazı araştırmalar, ergenlikte depresyon varlığının, bireyin ileri yaşta obezite geliştirme potansiyelini arttırdığını da bildirmektedir (Tashakori ve ark. 2016). 15 çalışmanın meta analizine göre, depresyon ve obezite arasındaki ilişki gösterilmiştir. Bir başka meta analiz çalışmasında yirmibeş çalışma incelenerek obezitenin depresyonun nedeni ve/veya sonucu olabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmaların 10'unda obezitenin depresyona neden olduğu, 15'inde ise depresyonun obeziteye neden olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmalarda, obezitenin depresyona neden olma oranı % 80, depresyonun obeziteye neden olma oranı % 53 olarak bulunmuştur (Sağlam Eryılmaz 2018). 40 ve üzerindeki morbid obez olan BKİ değerindeki bireylerde depresyonun daha ağır geçerek, prognozunun daha kötü olduğu bilinmektedir. Yetişkinlerde komplikasyon olarak obezite sonrası depresyonun görüldüğü, çocuklarda ise depresyonun obeziteye

yol açtığı düşünülmektedir (Bunsuz 2018). Obezite ile depresif ruh hali arasında bir ilişki olduğu gösterilmiş olsa da, vücut ağırlığı algısının depresif ruh hali üzerinde BKİ'den daha büyük bir etkisi olduğu bulunmuştur (Lim ve Kim 2017).

Ayrıca beslenme yetersizlikleri de depresyona neden olmaktadır. Vitamin B1 (tiamin), vitamin B6 (pidoksin), Vitamin B12, niasin, Vitamin C, demir, folik asit, çinko, kalsiyum ve potasyumdaki eksiklikler depresyon semptomlarına yol açabilir (Ançel 2016).

2.5. ADÖLESAN SAĞLIĞININ KORUNMASI VE GELİŞTİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Dünyada yaklaşık 1.2 milyar kişi veya dünya nüfusunun 6'da 1'ini 10-19 yaşları arasındaki adölesanlardır oluşturmaktadır. Adölesanların çoğu sağlıklı olmasına rağmen halen devam eden önemli bir ölüm, hastalık ve yaralanma oranı da vardır. Hastalıklar adölesanların büyümelerini ve gelişmelerini engelleyebilir. Alkol veya sigara kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği, korunmasız seks ve / veya şiddete maruz kalma, yalnızca mevcut sağlıklarını değil, yetişkin olarak sağlıklarını ve hatta gelecekteki çocuklarının sağlığını da tehlikeye atabilir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Adolescents: Health risks and solutions. Erişim Tarihi: 24.05.2019).

2016'da 10-19 yaşları arasında olan 1.1 milyondan fazla genç, her gün 3000'den fazla, çoğu önlenebilir veya tedavi edilebilir nedenlerden dolayı ölmüştür. Karayolu trafik yaralanmaları, 2016 yılında adölesanlar arasında en önde gelen ölüm nedenidir ve hergün yaklaşık 330 adölesan bu nedenle ölmektedir. Adölesan ölümlerinin diğer önemli nedenleri arasında intihar, kişilerarası şiddet, HIV / AIDS ve diyareye neden olan hastalıklar sayılabilir. Adölesanlar arasında hergün yaklaşık 180 adölesan kişilerarası şiddet nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Dünya çapında, cinsel saldırıların% 50'ye kadarı 16 yaşın altındaki kızlara yöneliktir ve 15-19 yaşlarındaki kızların% 30'u bir eş tarafından şiddete maruz kalmaktadır. Yetişkinlik çağındaki tüm ruhsal bozuklukların yarısı 14 yaşında başlar, ancak çoğu vaka tespit edilemez ve tedavi edilmez. Depresyon adölesanlar arasında en büyük hastalık ve sakatlık sebebidir ve intihar, 15-19 yaş arasındaki adölesan kızlar arasında önde gelen ölüm nedenidir ve tüm dünyada 10-19 yaş arasındaki tüm adölesanlar arasında

üçüncü ölüm nedenidir. Çocukluk çağında aşılama, adölesan ölümlerini ve sakatlığını önemli ölçüde azaltmıştır, fakat küçük çocuklarda Çocukluk çağında aşılama, ergen ölümlerini ve sakatlığını önemli ölçüde azaltmıştır, fakat küçük çocuklarda harekete odaklanan yaygın bulaşıcı hastalıklar hala gençleri öldürmektedir. Örneğin, ishal ve alt solunum yolu enfeksiyonlarının, dünya genelinde 10-14 yaş arasındaki ölüm nedenleri arasında sırasıyla ikinci ve dördüncü sırada yer aldığı tahmin edilmektedir. Cinsel olarak aktif olan adölesanlar, human papilloma virüsünün (HPV) en yüksek oranlarına sahiptir. Adölesanların,% 50-80'i cinsel ilişki başlattıktan sonraki üç yıl içinde enfeksiyon kapmıştır. Ayrıca küresel olarak, yılda 15 ila 19 yaş arası kızlarda binde 44 oranında doğum vardır. Gelişmekte olan ülkelerde her gün, 18 yaşın altındaki 20.000 kız doğum yapar. 15 yaşın altındaki kızlar, yıllık toplam 7.3 milyon yeni adölesan annenin iki milyonunu oluşturmaktadır. Mevcut eğilimler devam ederse, 15 yaşın altındaki kızların doğum sayısı 2030'da yılda üç milyona çıkabilir. Anne ölümleri 15-19 yaş arasındaki adölesan kızlar arasında ikinci önemli ölüm sebebidir. Gelişmekte olan ülkelerdeki birçok kız ve erkek çocuk adölesan dönemde yetersiz beslenmekte, bu da hastalıklara ve erken ölümlere neden olmaktadır. Beslenme bozukluğu spektrumunun diğer ucunda yer alan, fazla kilolu veya obez olan ergenlerin sayısı düşük, orta ve yüksek gelirli ülkelerde artmaktadır. Küresel olarak, 2016 yılında, 10-19 yaşları arasındaki altı ergenden biri aşırı kilolu olup, buna bağlı sağlık sorunları yaşamaktadır (Viner ve ark. 2012, Laski 2015, <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Adolescents: Health risks and solutions. Erişim Tarihi: 24.05.2019).

Önlenebilir sağlık sorunlarının finansal yükleri büyüktür ve adölesan dönemde ve genç erişkinlik döneminde başlayan davranışlardan kaynaklanan kronik hastalıkların uzun vadeli maliyetlerini içerir. Örneğin, genellikle bu yıllarda başlayan, yıllık yetişkin sağlığına bağlı sigara içim yükü, 2009-2012 için 289 milyar dolar olarak hesaplanmıştır (Adolescent Health. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/Adolescent-Health>).

Yetişkinliğe sağlıklı bir geçiş yapabilmek için adölesanların cinsellik eğitimi de dahil olmak üzere sağlık eğitimine erişebilmeleri, cinsel ve üreme dahil hem evde hem de topluluklarda ve ülkelerde destekleyici ve kaliteli sağlık hizmeti sağlayan bir ortama sahip olmaları gerekir (Laski 2015).

Adölesan dönemde sağlıklı davranışların teşvik edilmesi ve gençlerin sağlık risklerinden daha iyi korunmaları için adımlar atılması, yetişkinlikteki sağlık sorunlarının önlenmesi ve ülkelerin gelecekteki sağlık ve gelişme ve gelişme yetenekleri için kritik öneme sahiptir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Adolescents: Health risks and solutions.). Küresel bir şekilde, adölesanların bu hayati ihtiyaçları giderek daha fazla kabul edilmektedir. Adölesanları üretken, sağlıklı ve doyurucu bir yaşama kavuşturacak girişimler sürdürülebilir kalkınma gündeminin başarısı için kritik öneme sahiptir. Adölesanların sağlığına yoğun bir şekilde yatırım yapmanın, yaşamlarını iyileştirme ve refahı arttırmanın, 2015 sonrası kalkınma gündeminin başarısı için kritik olduğu konusunda bir fikir birliği vardır. Adölesan sağlığının Birleşmiş Milletler Genel Sekreteri'nin Kadın ve Çocuk Sağlığına Yönelik Küresel Stratejisine dahil edilmesi, bunun bir ifadesidir Eylem için öncelikler arasında sağlık eğitimi, sağlık hizmetlerine erişim, aşılama, beslenme ve psikolojik destek sayılabilir. Diğer sektörlerde de, özellikle eğitimde eyleme ihtiyaç vardır (Laski 2015).

Adölesan Sağlığını Koruma ve Geliştirme Müdahaleleri

Son 20 yılda hükümetler, adölesanlara ve sağlıklarına açık taahhütler vermişlerdir. Kanıtlar, adölesanlar için olumlu sağlık sonuçlarının sadece sağlıktan değil, eğitim de dahil olmak üzere diğer sektörlerden müdahale gerektirdiğini göstermektedir (Laski 2015).

Adölesanların vücutlarında ses, seçim ve kontrol sahibi olmalarını ve üretken, sağlıklı -tatmin edici bir yaşam için gerekli yetenekleri geliştirmelerini sağlamak ve adölesan gelişimi için için küresel çabalar adölesan ölümlerini ve hastalık oranını azaltmaya ve destekleyici bir yasal ve sosyal iklim yaratmaya odaklanmalıdır. Anahtar müdahalelerin sağlık sektörünü sağlığın sosyal belirleyicileri, ebeveynler ve topluluk üyeleri gibi diğer aktörlere yayması gerekir (Laski 2015). Genel olarak, DSÖ gençlerin sağlığını iyileştirmek için çeşitli işlevler yürütmektedir: Sağlık hizmetlerini ve diğer sektörleri desteklemek için kanıta dayalı kılavuzların üretilmesi,

Hükümetlere adölesan sağlığı ve adölesanlara kaliteli, yaşa uygun sağlık hizmetleri sağlanması konusunda önerilerde bulunmak,
 Adölesan sağlığı ve gelişimindeki ilerlemeyi belgelemek,
 Genel halk ve diğer ilgili paydaşlar arasında gençler için sağlık konularında farkındalık yaratmak. (<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Adolescents: Health risks and solutions.)

Adölesan sağlık konularını ele alan pek çok etkili politika ve program örneği vardır:

Sağlık hizmetlerine erişim,
 Okul temelli sağlık hizmetleri,
 Devlet sürücü ehliyet programları,
 Sigara, alkol ve esrar kullanımından korunma,
 Şiddetin önlenmesi,
 Suçluluğun önlenmesi,
 Ruh sağlığı ve madde kullanım müdahaleleri,
 Genç gebelik önleme,
 HIV önleme (Catalano ve ark. 2012, Larson ve ark. 2016, Adolescent Health. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/Adolescent-Health>, Erişim Tarihi: 24.05.2018).

Sorunların ve fırsatların analizine dayanarak, aşağıdaki öncelikli eylemleri önerilmektedir:

- *Kapsamlı cinsellik eğitimi de dahil olmak üzere sağlık eğitimi:* Adölesan dönem; sağlıklı beslenme, alkol ve madde kötüye kullanımının sonuçları, akran baskısına ve zorbalığa direnme, sağlıklı cinsellik, cinsel şiddet, insan haklarına saygı ve cinsiyet eşitliğinin desteklenmesi hakkında bilgi edinmek için uygun bir zamandır. . Okullarda ve topluluklarda fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi ve fırsatlar da dahil edilmelidir.

- *Entegre sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım:* Adölesanlar cinsel olarak aktif hale geldikçe, özellikle cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri olmak üzere entegre bir hizmet gerektirir. Bu, acil kontrasepsiyon ve uzun etkili geri dönüşümlü kontraseptifler dahil genişletilmiş bir kontraseptif karışımına erişimi, yasal yerlerde

güvenli kürtaj ve güvenli olmayan kürtajın sonuçları, annelik bakımı, HIV testi, tanı, danışmanlık, bakım ve maruz kalma sonrası profilaksi dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların test edilmesi ve tedavisi ve cinsiyete dayalı veya cinsel şiddete karşı bakımı içermelidir.

- *Bağışıklama:* 10-14 yaşları arasındaki HPV aşılması, onları erişkin olarak rahim ağzı kanseri gelişimine karşı korur. HPV aşılması, menstrüal hijyen ve sıtma önleme gibi diğer müdahalelerle adölesanlara ulaşma fırsatıdır. Diğer kritik aşular arasında tetanoz, kızamıkçık ve hepatit B (önceden aşılanmadıysa), kızamık ve meningokok hastalığı (epidemiolojiye bağlı olarak) bulunur.

- *Beslenme:* Bu yaşta sağlıklı beslenme ve egzersiz alışkanlıkları geliştirmek, yetişkinlikte iyi sağlık için temel teşkil eder ve fazla kilolu ve obeziteye karşı korur. Besin takviyesi, özellikle demir ve folik asit, kansızlığı önlemek ve gelecekteki yavrularının sağlığını korumak için önemlidir (çocuk sahibi olmayı seçmeleri gerekir).

- *Psikososyal destek:* Adölesan dönemde ruh sağlığı sorunları yetkili sağlık çalışanları tarafından tespit edilmeli ve yönetilmelidir. Okullar ve diğer toplum ortamları iyi zihinsel sağlığın geliştirilmesine yardımcı olabilir (Laski 2015, Vogel ve ark. 2015).

Hemşirenin Rolü

Bireyin yaşamını bütün yönleriyle ele alan holistik bir meslek olan hemşirelikte sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi hemşirelik bakımının vazgeçilmez bileşenlerindendir (Dolgun ve ark. 2011). Adölesanlarla çalışan hemşireler, gencin gelişimini olumlu yönde arttırmak için kapsamlı, işbirliğine dayalı, çok yönlü bir yaklaşım içinde olmalı ve terapötik ortaklıkları teşvik etmelidir (Enhancing Healthy Adolescent Development (2010). https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Enhancing_Healthy_Adolescent_Development.pdf. Erişim 15.04.2019). Adölesan sağlığına yönelik hemşireler; aile sağlığı merkezleri, hastaneler, rehabilitasyon merkezleri ve okullar gibi pek çok alanda diğer sağlık elemanları ve adölesan sağlığını geliştirmek için çalışan profesyonellerle işbirliği yapmalıdır (Dolgun ve ark. 2011).

Hemşireler sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında, adölesanın genel değerlendirmesini yapmalı, öykü almalı, büyüme gelişmesini değerlendirmek için

fiziksel ölçümlerini almalı, adölesanın sorularını yanıtlamalı, bilgi vermeli ve endişelerini gidermelidir (Dolgun ve ark. 2011). Adölesanlarla çalışan hemşireler, adölesanların gelişimi, sağlığı ve refahı ile ilgili özel bilgi, beceri ve yeterliliklere sahip olmalıdır (Enhancing Healthy Adolescent Development (2010). https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Enhancing_Healthy_Adolescent_Development.pdf. Erişim 15.04.2019). Adölesan sağlığına yönelik hemşirenin sahip olması gereken yeterlilikler Tablo 5’ te verilmiştir.

Tablo 5 : Adölesan Sağlığına Yönelik Hemşirenin Sahip Olması Gereken Yeterlilikler

İlgi alanı	Yeterlilikleri	
1. Adölesan sağlığı ve gelişiminde temel kavramlar ve etkili iletişim	Yeterlilik 1.1.	Normal adölesan gelişimi, sağlığa etkisi ve sağlığa ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için etkilerine dair bir anlayış göstermek
	Yeterlilik 1.2.	Adölesanla etkili bir şekilde etkileşime girme
2. Yasalar, politikalar ve kalite standartları	Yeterlilik 2.1.	Adölesan sağlık hizmetini etkileyen yasa ve politikaları uygulama
	Yeterlilik 2.2.	Adölesanlara kalite standartlarına uygun hizmetler sunma
3. Özel koşullara sahip adölesanların klinik bakımı	Yeterlilik 3.1.	Normal büyüme ve adölesan gelişimini değerlendirme ve büyüme ve gelişim bozukluklarını yönetme
	Yeterlilik 3.2.	Bağıışıklığı sağlama
	Yeterlilik 3.3.	Adölesan döneminde sık görülen sağlık koşullarını yönetme
	Yeterlilik 3.4.	Ruh sağlığını değerlendirme ve ruh sağlığını geliştirme
	Yeterlilik 3.5.	Cinsel ve üreme sağlığı bakımı uygulama
	Yeterlilik 3.6.	HIV önleme, belirleme, yönetim ve bakım

		hizmetlerini sağlama
	Yeterlilik 3.7.	Fiziksel aktiviteyi artırma
	Yeterlilik 3.8.	Beslenme durumunu tanılama ve beslenme ile ilgili bozuklukları yönetme
	Yeterlilik 3.9.	Engelliği de içeren kronik sağlık sorunlarını yönetme
	Yeterlilik 3.10.	Madde kullanımı ve madde kullanımı ile ilgili bozuklukları tanılama ve yönetme
	Yeterlilik 3.11.	Şiddeti belirleme ve mağdurlara desteği sağlama
	Yeterlilik 3.12.	İstenmeyen yaralanmaları önleme ve yönetme
	Yeterlilik 3.13.	Endemik hastalıkları belirleme ve yönetme

Kaynak: World Health Organization (2015). Core Competencies In Adolescent Health And Development For Primary Care Providers. ISBN 978 92 4 150831 5.ss:7. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148354/9789241508315_eng.pdf?sequence=1. Erişim Tarihi: 24.05.2019

Ayrıca hemşireler, adölesanlarla çalışırken uygulamaları kanıta dayalı bilgilere dayalı olmalı, gençleri katılımcı olmaya teşvik etmeli, açık ve esnek olmalı, aileyi de işin içine katmalı, olaylara mizah katabilmeli ve adölesanın söylediğini dinlemeye istekli olmalı ve onu anlamaya açık olmalıdır (Dolgun ve ark. 2011, Enhancing Healthy Adolescent Development (2010). https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Enhancing_Healthy_Adolescent_Development.pdf. Erişim 15.04.2019). Adölesanların zamanlarının çoğu okulda geçtiği için hemşirelerin okullarda sağlıkla ilgili sorunları önlemesi önemlidir. Sağlık ekibi üyeleri ve okul personeli ile işbirliği içinde okul çocuklarını sağlık durumlarını iyileştirmek için ortak olarak destekleyebilirler (Benazeera 2014).

3. MATERYAL ve METOD

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, “lise öğrencilerinde beden kitle indeksinin yeme tutumu, beden imgesi, benlik saygısı ve depresif belirtiler üzerine etkisi”nin araştırılması amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Kars İl Merkezinde Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı Faik Fikriye Torunoğulları Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi (FFTMTAL), Atatürk Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi (AMTAL), Fen Lisesi (FL), Alpaslan Anadolu Lisesi (AAL), Cumhuriyet Anadolu Lisesi (CAL), Hüsnü M. Özyeğin Anadolu Lisesi (HMÖAL) ve Kız İmam Hatip Anadolu Lisesi (KİAL) olmak üzere 7 lisede yapılmıştır. Araştırmanın yapılacağı okulların belirlenmesinde her tür okuldan en az bir okul olması, mevcut öğrenci sayıları, yönetici ve öğretmenlerin işbirliği göz önünde bulundurulmuştur.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma Mart 2017- Haziran 2019 tarihleri arasında 2 yıl süreli yapılmıştır. Anket uygulaması 13.12.2017 -10.05.2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kars İl Merkezinde 2017-2018 Eğitim Öğretim Yılı içerisinde öğrenim gören; toplam 6847 lise öğrencisi oluşturmuştur. Kars il merkezinde 2017-2018 eğitim-öğretim yılı kayıtlarına göre toplam 15 lise bulunmaktadır. Örneklem belirleme aşamasında liseler; Meslek Liseleri, İmam Hatip Liseleri, Anadolu Liseleri ve Fen Lisesi olarak tabakalandırılmıştır. İl merkezinde toplam 6 Meslek Lisesi, 2 İmam Hatip Lisesi, 6 Anadolu Lisesi ve 1 Fen Lisesi bulunmaktadır. Her tabakayı temsil edecek okulların belirlenmesi için tabakalardaki okullar arasından kura çekilmiştir. Ancak ilde 1 Fen Lisesi olması nedeniyle kura çekimine bu okul dahil edilmeden doğrudan örnekleme alınmıştır. Tabaka kat sayısı $k=n/N$ formülüyle hesaplanarak 0.145 olarak belirlenmiştir. Belirlenen yedi okuldan öğrenciler tabaka katsayısı doğrultusunda öğrenci çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırma örnekleme evreni bilinen örnekleme yöntemlerinden $n=Nt^2pq/d^2(N-1)+ t^2pq$ formülüyle hesaplanmıştır. % 95 güven aralığı olduğu için t değeri 1.96 ve d=0.03 olarak alınmıştır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan 2011). Örneklem için 924 öğrenci belirlenmiştir. Ancak olası kayıplar olabileceği göz önüne alınarak araştırmaya 994 öğrenci dahil edilmiştir. Bazı öğrenciler veri toplama araçlarındaki ölçekleri eksik doldurduğu için araştırma kapsamından çıkarılmış, 987 öğrencinin verisi değerlendirilmiştir. Araştırmanın örnekleme alınan okullar ve öğrenci sayıları Tablo 6’te gösterilmiştir.

Tablo 6. Okul Türlerine Göre Öğrencilerin Örnekleme Girme Oranları

Okul Adı	Öğrenci Sayısı	Uygulanan	Eksik Dolduran	Örnekleme Alınan Öğrenci Sayısı
Meslek Lisesi	2368	343	1	342
Anadolu Lisesi	3052	443	5	438
Fen Lisesi	431	63	1	62
İmam Hatip Lisesi	996	145	0	145
Toplam	6847	994	7	987

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- ✓ Araştırmaya katılmaya istekli olmak
- ✓ Sürekli kullandığı bir ilacı olmamak
- ✓ Araştırmanın yönergesini takip edecek zihinsel kapasiteye sahip olmaktır.

3.6. Araştırma Soruları

- ✓ Lise öğrencilerinin tanıtıcı özellikleri (sosyodemografik özellikleri, sağlık/hastalık özellikleri, beslenme alışkanlıkları, bedenini algılaması) nelerdir?
- ✓ Lise öğrencilerinin beden kitle indeksi sınıflandırması nasıldır?
- ✓ Lise öğrencilerinin yeme tutumu nasıldır?
- ✓ Lise öğrencilerinin beden imgeleri nasıldır?
- ✓ Lise öğrencilerinin benlik saygıları nasıldır?

- ✓ Lise öğrencilerinin depresif belirti düzeyleri nedir?
- ✓ Lise öğrencilerinde BKİ'ni etkileyen faktörler nelerdir?
- ✓ Beden kitle indeksi ile yeme tutumu, beden algısı, benlik saygısı, depresif belirtiler arasındaki ilişki nasıldır?

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Yeme Tutum Testi, Beden Algı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

Bağımsız Değişkenler: Öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, aile tipi, yetiştiği çevre, ekonomik düzeyi, anne-baba eğitim düzeyi, başarı durumu, okul türü, ağırlık, boy uzunluğu, sağlık durumu, beslenme alışkanlıkları, beden algıları ile ilgili özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenleri oluşturmuştur.

Bu çalışmada BKİ, sosyodemografik özellikler ile kıyaslamada bağımlı değişken olarak; yeme tutumu, beden imgesi, benlik saygısı ve depresif belirtiler ile ilişkisini kıyaslamada ise bağımsız değişken olarak kabul edilmiştir.

3.8. Veri Toplama Araçları:

Araştırma verilerinin toplanmasında Anket Formu, Yeme Tutum Testi, Vücut Algı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği olmak üzere 5 form kullanılmıştır. Ayrıca öğrencilerin Beden Kitle İndeksleri hesaplanmıştır.

Anket Formu (Ek-1): Araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda, öğrencilerin yaş, cinsiyet, anne ve babanın eğitim durumu, ailenin gelir düzeyi, yaşanılan yer gibi demografik özellikleri; boy, kilo, beslenme özellikleri ve beden algıları gibi bilgileri içeren 37 soruluk bir anket formu oluşturulmuştur (Gonzalez ve ark. 2012, Eidsdottir ve ark. 2014, Benazeera 2014, Ulutaş ve ark. 2014, Tütüncü 2014, Karadamar ve ark. 2015).

Beden Kitle İndeksi (BKİ) : Her bir öğrencinin araştırmacı tarafından önce vücut ağırlığı sonra boy ölçümü yapılmıştır. Vücut ağırlığı ölçümünde, öğrencilerin üzerinde yalnız okul kıyafeti kalacak şekilde giysilerini çıkartması istenmiş, öğrenciler düz bir zemine alınarak ağırlıkları dijital baskül ile ölçülmüştür. Boy uzunluğunu almadan önce, başlarında bulunan takıları ve ayakkabılarını çıkarmaları istenmiştir. Boy uzunluğu ölçümü için doğru pozisyon öğrencilere tarif edilerek

öğrencilerin pozisyon alması sağlanmış ve metre aracılığıyla boy ölçümü yapılmıştır. Ağırlık kilogram ve boy santimetre olarak anket formuna kaydedilmiştir. Öğrencilerin Beden Kitle İndeksi (BKİ), vücut tartısı (kg)/boy(m²) formülüyle hesaplanmıştır. Adölesanlarda da boy ve ağırlık ölçüm değerleri arasında 15 persentili aşan farklar, obezite ve zayıflık açısından değerlendirilmiştir. Beden kitle indeksi değerleri için cinsiyet ve yaşa göre Dünya Sağlık Örgütü BKİ persentil eğrileri kullanılarak; öğrencilerin zayıf, normal ya da şişman sınıflandırılması yapılmıştır. Bu değerlendirmelere göre; 5. persentilin altı çok düşük ağırlıklı, 5-15. persentil zayıf, 15-85 persentil normal, 85-95 persentil fazla kilolu, 95 persentilin üstü şişman olarak tanımlanmaktadır. Araştırmamıza katılan grup olan adölesanlar için (14-19 yaş arası) DSÖ'ye göre Beden Kitle İndeksine Göre Vücut Ağırlığının Değerlendirilmesi Tablo 7'de verilmiştir (Özdemir 2014, <https://www.who.int/growthref/en/> 2018).

Tablo 7. Adölesanlar için Beden Kitle İndeksine Göre Vücut Ağırlığının Değerlendirilmesi

Yaş	Cinsiyet	<5. Persentil Çok Zayıf	≥5- <15. Persentil Zayıf	≥15- <85. Persentil Normal	≥85-<95. persentil Fazla kilolu	≥95. persentil Şişman
14	Erkek	< 15.6- <16.3	16.3≥-<17.3	17.3≥-22.4<	22.4≥-< 24.7	24.7≥ - ≥ 25.8
	Kız	< 15.6- <16.3	16.3≥-<17.4	17.4≥-23.3<	23.3≥-< 25.9	25.9≥ - ≥ 27.1
15	Erkek	< 16.2 - <16.8	16.8≥-<17.9	17.9≥-23.2<	23.2≥-< 25.2	25.2≥. - ≥ 26.4.
	Kız	< 16.1 - <16.7	16.7≥-<17.9	17.9≥-24.0<	24.0≥-< 26.7	26.7≥. - ≥ 27.9.
16	Erkek	< 16.7- <17.3	17.3≥-<18.5	18.5≥-24.0<	24.0≥-< 26.5	26.5≥. - ≥ 28.0
	Kız	< 16.4- <16.9	16.9≥-<18.2	18.2≥-24.5<	24.5≥-< 27.2	27.2≥. - ≥ 28.4
17	Erkek	< 17.1 - <17.7	17.7≥-<18.9	18.9≥-24.7<	24.7≥-< 27.2	27.2≥. - ≥ 28.4
	Kız	< 16.6 - <17.1	17.1≥-<18.4	18.4≥-24.8<	24.8≥-< 27.5	27.5≥. - ≥ 28.8
18	Erkek	< 17.3 - <17.9	17.9≥-<19.4	19.4≥-25.3<	25.3≥-< 27.8	27.8≥. - ≥ 28.9
	Kız	< 16.7 - <17.2	17.2≥-<18.5	18.5≥-25.0<	25.0≥-< 27.7	27.7≥. - ≥ 29.0
19	Erkek	< 17.8 - <18.2	18.2≥-<19.5	19.5≥-25.6<	25.6≥-< 28.1	28.1≥. - ≥ 29.1
	Kız	< 16.7 - <17.2	17.2≥-<18.6	18.6≥-25.1<	25.1≥-< 27.8	27.8≥. - ≥ 29.0

Kaynak: World Health Organization. Growth reference data for 5-19 years. <https://www.who.int/growthref/en/> Erişim Tarihi: 12.01.2018

Yeme Tutum Testi (YTT) (Ek-2): 1979'da Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1989'da Savaşır ve Erol tarafından

yapılmıştır. YTT, anoreksiya nevroza belirtilerini objektif olarak değerlendirmek ve risk gruplarını belirlemek amacı ile geliştirilmiş bir kendini bildirim ölçeğidir. Ölçek, 40 maddeden oluşan, madde cevapları her zaman-hiçbir zaman arasında değişen 6'lı likert tipi bir ölçektir. Puanlama patolojik olarak uç noktalarda yer alan yanıtlara göre yapılmakta ve her maddeye verilen puanlar 0-3 arasında değişmektedir. Ölçekte yer alan 1, 18, 19, 23, 27 ve 39 numaralı sorular için bazen seçeneği 1, nadiren seçeneği 2, hiçbir zaman seçeneği 3 puan alırken diğer seçenekler 0 puan almaktadır. Ölçekte yer alan tüm diğer sorularda ise daima, çok sık ve sık sık seçenekleri sırasıyla 3, 2 ve 1 puan alırken diğer seçenekler 0 puan almaktadır. Ölçekten alınan toplam puan tüm sorulara verilen puanların toplanmasıyla elde edilmekte olup, en fazla 120 puan alınmaktadır ve puan artışı yeme tutumlarındaki bozulmayı ifade etmektedir. Ölçeğin orijinal formunda kesme noktası 30 puan olarak belirlenmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında *Cronbach* Alfa Katsayısı 0.70 bulunmuştur (Savaşır ve Erol 1989, Uskun ve Şabaplı 2013, Tural Büyük ve Duman 2014). Bu çalışmada YTT'nin *Cronbach* alfa kat sayısı 0.80 bulunmuştur

Vücut Algı Ölçeği (VAÖ)(Ek-3): 1953 yılında Secord ve Jourard tarafından geliştirilen ve 1993 yılında Hovardaoğlu tarafından Türkçe'ye uyarlanan bir ölçek olup, kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan (kol, bacak, yüz gibi) ve çeşitli beden işlevlerinden hoşnutluk düzeylerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek her bir madde için 1'den 5'e kadar değişen puanlar alan ve "hiç beğenmiyorum", "beğenmiyorum", "kararsızım", "beğeniyorum", "çok beğeniyorum" şeklinde 40 maddeden oluşmaktadır. Olumlu ifadeler 5 puan alırken, olumsuz ifadeler 1 puan almaktadır. Ölçekten bireyin puanlarının toplamı ile toplam puan elde edilmektedir. Toplam puan 40 ile 200 arasında değişmekte olup, ölçeğin kesme puanı 135'tir. Toplam puanın yüksekliği kişinin bedenine ilişkin doyum düzeyinin yüksek olduğunu gösterirken, 135 altındaki puanlar beden algısına ilişkin doyumun düşüklüğünü göstermektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında *Cronbach* Alfa Katsayısı 0.95 bulunmuştur (Hovardaoğlu 1993, Uskun ve Şabaplı 2013). Bu çalışmada VAÖ'nin *Cronbach* alfa kat sayısı 0.94 bulunmuştur.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) (Ek-4): Morris Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlik güvenilirlik çalışmaları Çuhadaroğlu tarafından 1985 yılında yapılmıştır. On iki alt

testi olan ölçeğin, benlik saygısı alt testi 10 maddeden oluşmakta olup araştırmalarda benlik saygısını ölçme amaçlı genellikle bu ilk on madde kullanılmaktadır. Çok doğru, doğru, yanlış ve çok yanlış olmak üzere 4'lü likert tip ve her maddesi 0-3 arası puan alan bir ölçektir. Ölçekte 3, 5, 8, 9 ve 10. maddeler ters çevrilerek puanlanmaktadır. Benlik saygısı alt testinde 0-1 puan alanların yüksek, 2-4 puan alanların orta, 5-6 puan alanların ise düşük benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında *Cronbach* Alfa Katsayısı 0.76 bulunmuştur (Rosenberg 1965, Tanrıverdi ve ark 2011). Bu çalışmada RBSÖ'nin *Cronbach* alfa kat sayısı 0.44 bulunmuştur.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek-5): 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Hisli tarafından 1989'da yapılan 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Yirmi bir maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeği olan bu envanter, depresyonda görülen vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtilerinin derecesini objektif olarak ölçmeyi amaçlamaktadır. Herbir madde depresyona özgü bir belirti kategorisini temsil ederek 0-3 arasında puan alır ve puanların toplanmasıyla 0- 63 arasında bir depresyon puanı elde edilmektedir. 17 puan ve üstü tedavi gerektirebilecek kesme puanı olarak değerlendirilir ve normalin üzerinde depresyon olarak kabul edilerek klinik değerlendirme gerektirir. 0-9 depresyon yok, 10-16 hafif depresyon, 17-29 orta depresyon ve 30-63 şiddetli depresyon olarak sınıflandırılır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında *Cronbach* Alfa Katsayısı 0.90 bulunmuştur (Hisli 1989). Bu çalışmada BDÖ'nin *Cronbach* alfa kat sayısı 0.90 bulunmuştur.

3.8.1. Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik Çalışması

Çalışmada kullanılan ölçeklerin *Cronbach* Alfa güvenirlik değerleri Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Ölçeklerin Cronbach Alfa Güvenirlik Değerleri

Ölçekler	Cronbach Alfa
YTT	0.80
VAÖ	0.94
RBSÖ	0.44
BDÖ	0.90

3.9. Verilerin Toplanması

Öncelikle örneklem hesaplanmasında gerekli olan öğrencilerin sayıları temin edilerek araştırmaya dâhil edilecek okullar ve öğrenci grupları belirlenmiştir. Sonrasında sırasıyla örnekleme alınan okullara anket uygulaması ve beden kitle indeksi ölçümleri yapılmıştır. Uygulama için gerekli zaman dilimi belirlendikten sonra anket formları dağıtılmıştır ve öğrencilerin yazılı onamı alınarak ankete katılımları sağlanmış, gerekli bölümler hakkında ilgili açıklamalar yapılmıştır. Boy ve kilo ölçümleri araştırmacı tarafından yapılmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

- ✓ Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarını geliştiren kişilerden izin alınmıştır (Ek-6)
- ✓ Kars İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden 15.05.2017 izin tarih ve 91782061-604.01.01-E.6922628 sayılı yazılı izin alınmıştır (Ek-7)
- ✓ Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan 01.03.2017 tarih ve 80576354-050-99/45 sayılı yazılı izin alınmıştır (Ek-8)
- ✓ Uygulama yapılacak okullar ile görüşülerek yazılı onamlar teslim edilip araştırma hakkında bilgilendirme yapılmış ve her okulda uygulama için uygun zaman tespit edilmiştir
- ✓ Araştırmaya dâhil edilen öğrencilere isim yazmayabilecekleri ve istemedikleri takdirde formu doldurmayabilecekleri belirtilerek öğrencilerden Bilgilendirilmiş Onamları alınmıştır.

3.11. Araştırma Verilerinin Analizi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS 20.0 (Version 21, Chicago IL, USA) programında değerlendirilmiş olup ve istatistik analizler için verilerin dağılım türü ve normallik analizi Kolmogorov-Smirnov testi ile yapılmıştır.

Tanımlayıcı verilerin sayı, yüzde ve ortalama dağılımları kullanılmıştır.

İstatistiksel analizlerde veriler normal dağılım göstermediğinden ikili grup ortalamalarını karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla bağımsız arasındaki karşılaştırmada Kruskal-Wallis testi; ölçekler arasındaki ilişkileri değerlendirmede Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Yapılan araştırmanın aşağıda belirtilen sınırlılıklar tespit edilmiştir:

1. Araştırma Kars ili Merkez ilçesindeki 2017-2018 ğretim yılındaki yedi lise ile sınırlıdır.

2. Araştırmada elde edilen sonuçlar kullanılan ölçüm araçlarından elde edilen veriler ile sınırlıdır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının uzun olması araştırmaya dâhil edilen katılımcıların soruları yanıtlama sürecinde zorlanmalarına neden olmuştur.

3. Öğrencilerin anketleri eve götürmesi çeşitli sebeplerden (kaybolma, formda anlaşılmayan soruların uygulayıcıya sorulamaması vb.) dolayı uygun görülmediği için uygulama için ders saatleri kullanılmış olup anket uygulaması ders süresi ile sınırlıdır.

4. Araştırma sonuçları, kullanılan istatistiksel teknikler ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu çalışmanın bulguları öğrencilerin tanıtıcı özellikleri, ölçeklerden alınan puan ortalamaları ve risk sınıflandırmaları, tanıtıcı özellikler ile BKİ' nin karşılaştırılması ve BKİ ile kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiler olmak üzere dört başlık halinde sunulmuştur.

4.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Bulguları

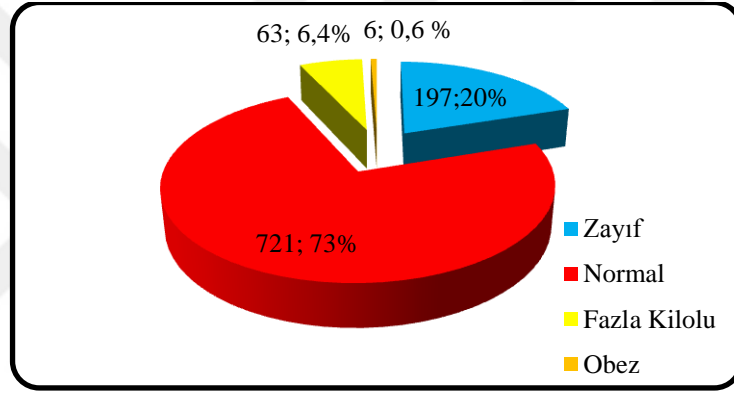
Bu başlık altında öğrencilerin sosyodemografik özellikleri (Tablo 9), BKİ sınıflandırması (Grafik 1), sağlık/hastalık durumu özellikleri (Tablo 10), beslenme alışkanlıkları ile ilgili özellikleri (Tablo 11) ve beden algılaması ve beden uğraşısı ile ilgili özellikleri (Tablo 12) verilmiştir.

Tablo 9. Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri (n=987)

Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri	n	%
Cinsiyet		
Kız	702	71.1
Erkek	285	28.9
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	723	73.3
Geniş Aile	248	25.1
Parçalanmış Aile	16	1.6
Yetiştigi Çevre		
Kent	565	57.2
Kırsal	422	42.8
Ekonomik Düzey		
İyi	346	35.1
Orta	619	62.7
Kötü	22	2.2
Anne Eğitim Düzeyi		
İlkokul Mezunu	484	49.0
Ortaokul Mezunu	229	23.2
Lise Mezunu	166	16.8
Yüksekokul/Üniversite Mezunu	45	4.6
Diğer	63	6.4
Baba Eğitim Düzeyi		
İlkokul Mezunu	293	29.7
Ortaokul Mezunu	278	28.2
Lise Mezunu	276	28.0
Yüksekokul/Üniversite Mezunu	128	13.0
Diğer	12	1.2
Başarı Durumu		
Çok Zayıf	19	1.9
Zayıf	48	4.9
Orta	502	50.9
Başarılı	356	36.1
Çok Başarılı	62	6.3

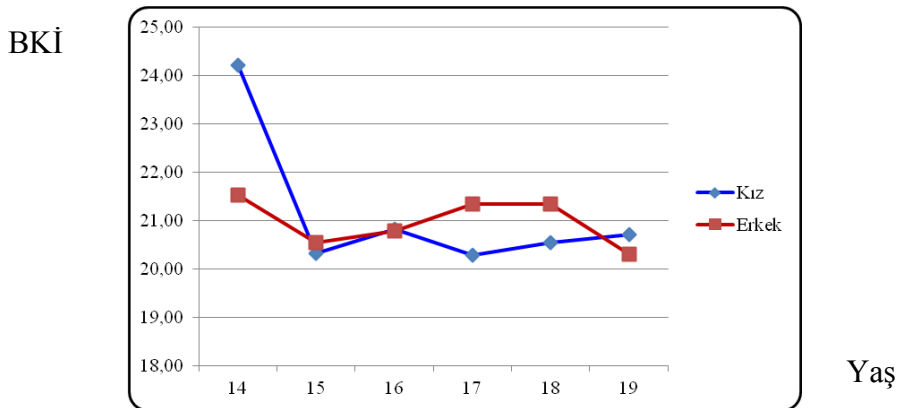
Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında (Tablo 9); öğrencilerin % 71.1'inin kız olduğu, % 73.3'ünün çekirdek ailesinin olduğu, % 57.2'sinin kentte yaşadığı, % 62.7'sinin ekonomik düzeyinin orta düzeyde olduğu, % 49.0'unun annesinin ve % 29.7'sinin babasının ilkokul mezunu ve % 50.9'unun başarısının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bunun yanısıra öğrencilerin yaş ortalamasının 15.63 ± 1.16 (Minimum: 14; Maksimum: 19); kilo ortalamasının 56.58 ± 9.90 kilo (Minimum: 36; Maksimum: 116); boy ortalamasının 1.65 ± 0.08 metre (Minimum: 1.40; Maksimum: 1.87) olduğu saptanmıştır.

Grafik 1. Öğrencilerin Beden Kitle İndeksine Göre Sınıflandırması (n=987)



Grafik 1'de öğrencilerin beden kitle indeksine göre sınıflandırmaları görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 73'ünün normal, % 6.4'ünün fazla kilolu ve % 0.06'sinin de obez olduğu belirlenmiştir.

Grafik 2. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Beden Kitle İndeksleri (n=987)



Grafik 2’de öğrencilerin cinsiyetlerine göre beden kitle indeksleri görülmektedir. 14 yaşında ergenliğin başında kızların fazla olduğu, 17-18 yaşlarında ise erkeklerin daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10. Öğrencilerin Sağlık/Hastalık Durumu ile İlgili Özellikleri (n=987)

Sağlık/Hastalık Durumu ile İlgili Özellikler	n	%
Sağlık Sorunu Yaşama Durumu		
Evet	115	11.7
Hayır	872	88.3
Ruhsal Sağlık Sorunu Öyküsü		
Evet	92	9.3
Hayır	895	90.7
Ruhsal Tedavi Öyküsü		
Evet	20	2.0
Hayır	967	98.0
Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumu		
Evet	399	40.4
Hayır	588	59.6
Son Bir Yıl İçerisinde Yaşamını Etkileyen Olay Yaşama Durumu		
Evet	215	21.8
Hayır	772	78.2

Öğrencilerin sağlık/hastalık durumu ile ilgili özelliklerine bakıldığında (Tablo 10); sağlık sorunu yaşamadığı (% 88.3), ruhsal sağlık sorunu öyküsü olmadığı (90.7), ruhsal tedavi öyküsü olmadığı (% 98.0), yarısından çoğunun da düzenli fiziksel aktivite yapmadığı (% 59.6) ve son bir yıl içerisinde yaşamını etkileyen herhangi bir olay yaşamadığı (% 78.2) saptanmıştır.

Tablo 11. Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları ile İlgili Özellikleri (n=987)

Beslenme Alışkanlıkları İle İlgili Özellikleri	n	%
Beslenme Tanımı		
İyi	346	35.1
Orta	482	48.8
Kötü	159	16.1
Diyet Yapma Öyküsü		
Evet	191	19.4
Hayır	796	80.6
Kahvaltı Etme Alışkanlığı		
Evet	446	45.2
Hayır	541	54.8
Öğle Yemeği Alışkanlığı		
Evet	730	74.0
Hayır	257	26.0
Akşam Yemeği Alışkanlığı		
Evet	812	82.3
Hayır	175	17.7
Ara Öğün Tüketimi		
Evet	474	48.0
Hayır	513	52.0
Abur-Cubur Yeme Alışkanlığı		
Evet	614	62.2
Hayır	373	37.8
TV Seyrederken Yeme Alışkanlığı		
Evet	672	68.1
Hayır	315	31.9
Ders Çalışırken Yeme Alışkanlığı		
Evet	412	41.7
Hayır	575	58.3
Yemeye İlgili Sorun Yaşama Durumu		
Evet	139	14.1
Hayır	848	85.9

Öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ile ilgili özelliklerine bakıldığında (Tablo 11); % 48.8'inin beslenmesini orta düzey olarak tanımladığı, % 80.6'sının diyet yapmadığı, % 54.8'sinin kahvaltı yapmadığı, % 74.0'ünün öğle yemeği yediği, % 82.3'ünün akşam yemeği yediği, % 52.0'sinin ara öğün tüketmediği, % 62.2'sinin abur-cubur tükettiği, % 68.1'inin TV seyredirken yeme alışkanlığının olduğu, % 58.3'ünün ders çalışırken yeme alışkanlığının olmadığı, % 85.9'unun yemeyle ilgili sorun yaşamadığı saptanmıştır.

Tablo 12. Öğrencilerin Bedenini Algılaması ve Beden Uğraşısı ile İlgili Özellikleri (n=987)

Öğrencilerin Bedenini Algılaması ve Beden Uğraşısı Özellikleri	n	%
Kilo Algısı		
Kilolu Buluyorum	297	30.1
Normal Buluyorum	690	69.9
Olmak İstenilen Beden Ölçüleri		
Daha Kilolu	159	16.1
Şimdiki Gibi	458	46.4
Daha Zayıf	370	37.5
Kilosunu Kontrol Sıklığı		
Hergün	31	3.1
Haftada Bir	77	7.8
Onbeş Günde Bir	75	7.6
Ayda Bir	464	47.0
Diğer	340	34.4
Kendisi, Aile veya Arkadaşlarının Kilo Verme Yöntemi Uygulama Durumu		
Evet	325	32.9
Hayır	662	67.1

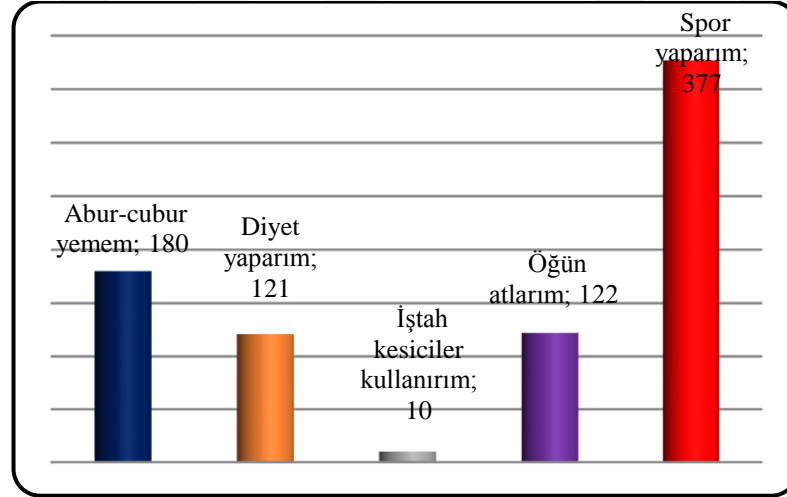
Öğrencilerin Bedenini Algılaması ve Beden Uğraşısı ile İlgili Özelliklerine bakıldığında (Tablo 12); araştırmaya katılan öğrencilerin % 69.9'unun kilosunu

normal bulduğu, % 46.4'ünün şimdiki beden ölçüleri gibi olmak istediği, % 47.0'sinin kilosunu ayda bir kontrol ettiği, % 67.1'inin kendisi, ailesi veya arkadaşlarının kilo verme yöntemi uygulamadığı belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerin % 42.2'sinin kilo verme yöntemi uyguladıkları saptanmıştır.

4.2. Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamaları ve Risk Sınıflandırmaları

Bu başlık altında öğrencilerin kilo alma durumu karşısındaki tutumları (Grafik 3), YTT, VAÖ, RBSÖ ve BDÖ'nden aldıkları puan ortalamaları (Tablo 13), YTT puan ortalamalarına göre risk sınıflandırması (Grafik 4), RBSÖ puan ortalamalarına göre benlik saygısı düzeylerinin sınıflandırması (Grafik 5), VAÖ puan ortalamalarına göre bedenine ilişkin doyum düzeyinin sınıflandırması (Grafik 6) ve BDÖ puan ortalamalarına göre depresif belirti düzeylerinin sınıflandırması (Grafik 7) verilmiştir.

Grafik 3. Öğrencilerin Kilo Alma Durumu Karşısındaki Tutumları/Yaklaşımları (n=987)

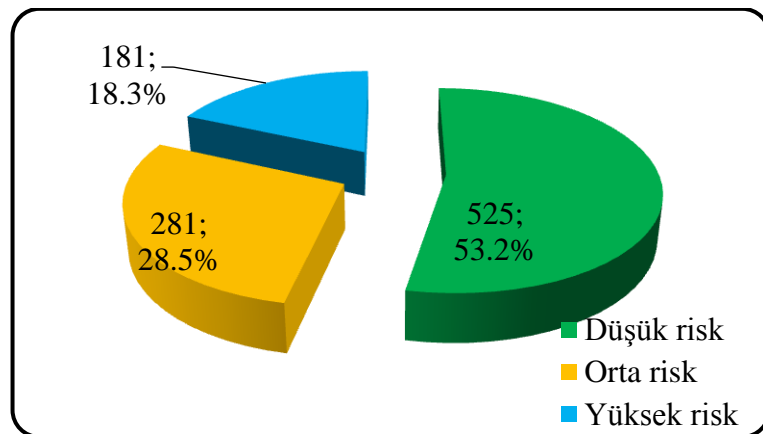


Grafik 3'te öğrencilerin kilo alma durumu karşısındaki yaklaşımları görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin ilk üç sırada sırasıyla spor yapmayı, abur-cubur yememeyi ve öğün atlamayı uyguladıkları belirlenmiştir.

Tablo 13. Öğrencilerin YTT, VAÖ, RBSÖ ve BDÖ'nden Aldıkları Puan Ortalamaları (n= 987)

Ölçekler	Madde Sayısı	X ± S.S	Minimum- Maksimum
YTT	40	22.10 ± 10.89	2.00-89.00
VAÖ	40	131.00 ± 29.07	40.00- 200.00
RBSÖ	10	4.61 ± 1.65	0.00-6.00
BDÖ	21	13.80 ± 10.87	0.00-63.00

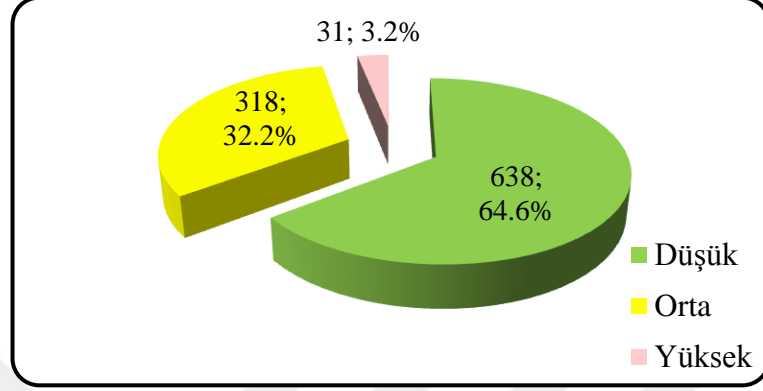
Öğrencilerin YTT, VAÖ, RBSÖ ve BDÖ'nden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında (Tablo 13); YTT ortalamasının 22.10 ± 10.89 olup puan ortalamalarının ölçek kesme puanı olan 30 altı olduğu ve yeme tutumlarının normal ve sağlıklı olduğu; VAÖ ortalamasının 131.00 ± 29.07 olup vücut algılarının olumlu olduğu, RBSÖ ortalamasının 4.61 ± 1.65 olup benlik saygılarının düşük olduğu, BDÖ puan ortalamalarının 13.80 ± 10.87 olup depresif belirti düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir.

Grafik 4. Öğrencilerin YTT Puan Ortalamalarına Göre Risk Sınıflandırması (n= 987)

Grafik 4'te öğrencilerin YTT puan ortalamalarına göre risk sınıflandırması görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 53.2'sinin yeme tutumu açısından

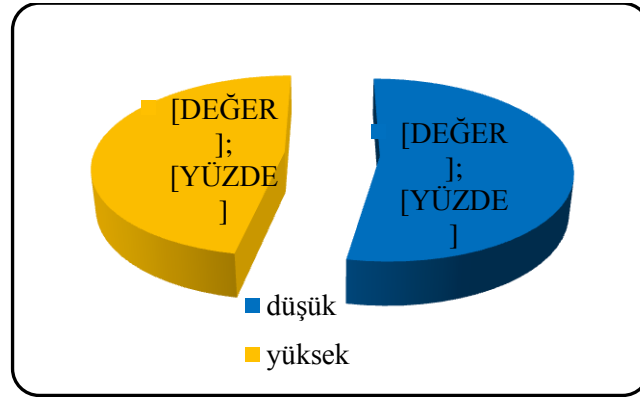
düşük riskte oldukları yani büyük çoğunlukta sağlıklı beslenme tutumunun görüldüğü belirlenmiştir.

Grafik 5. Öğrencilerin RBSÖ Puan Ortalamalarına Göre Benlik Saygısı Düzeylerinin Sınıflandırması (n= 987)



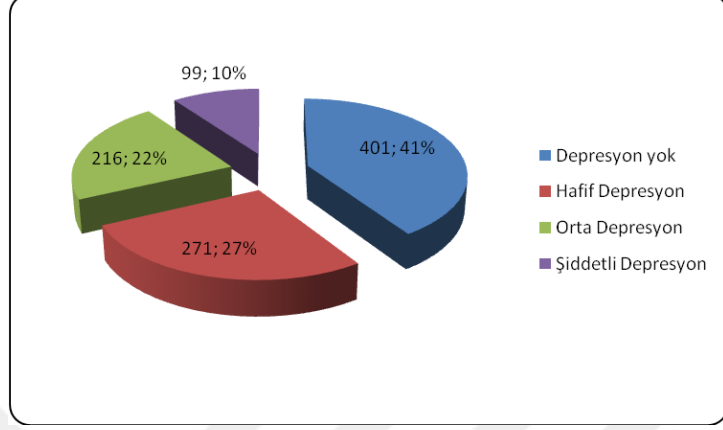
Grafik 5'te öğrencilerin RBSÖ puan ortalamalarına göre benlik saygısı düzeylerinin sınıflandırması görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 64.6'sının düşük benlik saygısına sahip oldukları belirlenmiştir.

Grafik 6. Öğrencilerin VAÖ Puan Ortalamalarına Göre Bedenine İlişkin Doyum Düzeyinin Sınıflandırması (n= 987)



Grafik 6'da öğrencilerin VAÖ puan ortalamalarına göre bedenine ilişkin doyum düzeyinin sınıflandırması görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 53.0'ının düşük doyum düzeyinin olduğu belirlenmiştir.

Grafik 7. Öğrencilerin BDÖ Puan Ortalamalarına Göre Depresif Belirti Düzeylerinin Sınıflandırması (n=987)



Grafik 7’de öğrencilerin BDÖ puan ortalamalarına göre depresif belirti düzeyi sınıflandırması görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 41’inde depresyon olmadığı belirlenirken, % 10’unda şiddetli düzeyde depresif belirti olduğu belirlenmiştir.

4.3. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri ile BKİ Karşılaştırılması

Bu başlık altında öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile BKİ karşılaştırılması (Tablo 14), sağlık/hastalık durumu ile BKİ karşılaştırılması (Tablo 15), beslenme alışkanlıkları ile BKİ karşılaştırılması (Tablo 16) ve bedenini algılaması ve beden uğraşısı ile BKİ karşılaştırılması (Tablo 17) verilmiştir.

Tablo 14. Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri ile BKİ Karşılaştırılması (n=987)

Sosyodemografik Özellikler	BKİ	
	Mean Rank	χ^2 ; p
<i>Cinsiyet</i>		
Kız	487.80	U=-1.072 p=0.284
Erkek	509.27	
<i>Aile Tipi</i>		
Çekirdek aile	483.78	$\chi^2=3.654$ p=0.161
Geniş aile	523.88	
Parçalanmış aile	492.63	
<i>Yetiştigi Çevre</i>		
Kentsel	512.64	U=-2.377 p=0.017
Kırsal	469.05	
<i>Ekonomik Düzey</i>		
İyi	524.74	$\chi^2=6.756$ p=0.034
Orta	475.82	
Kötü	522.20	
<i>Anne Eğitim Düzeyi</i>		
İlkokul Mezunu	487.25	$\chi^2=2.883$ p=0.586
Ortaokul Mezunu	483.13	
Lise Mezunu	524.10	
Yüksekokul/Üniversite Mezunu	519.17	
Diğer	488.06	
<i>Baba Eğitim Düzeyi</i>		
İlkokul Mezunu	471.08	$\chi^2=5.471$ p=0.242
Ortaokul Mezunu	489.45	
Lise Mezunu	501.18	
Yüksekokul/Üniversite Mezunu	533.86	
Diğer	568.83	
<i>Başarı Durumu</i>		
Çok Zayıf	540.24	$\chi^2=7.190$ p=0.126
Zayıf	434.27	
Orta	488.51	
Başarılı	516.60	
Çok Başarılı	440.79	

Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin BKİ ile karşılaştırmalarına bakıldığında (Tablo 14);

Cinsiyet ($U=-1.072$; $p=0.284$), aile tipi ($\chi^2=3.654$; $p=0.161$), anne eğitim düzeyi ($\chi^2=2.883$; $p=0.586$), baba eğitim düzeyi ($\chi^2=5.471$; $p=0.242$) ve başarı durumu ($\chi^2=7.190$; $p=0.126$) ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemiştir.

Yetiştigi çevre kentsel bölgede olanların kırsal bölgede olanlara göre BKİ'nin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($U=-2.377$; $p=0.017$),

Maddi durumu iyi olanların orta olanlara göre BKİ'sinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($\chi^2=6.756$; $p=0.034$) görülmüştür.

Tablo 15. Öğrencilerin Sağlık/Hastalık Durumu ile BKİ Karşılaştırılması (n=987)

Sağlık / Hastalık Durumları	BKİ	
	Mean Rank	χ^2 ; p
<i>Sağlık Sorunu Yaşama Durumu</i>		
Evet	460.43	U=-0.547 p=0.584
Hayır	475.31	
<i>Ruhsal Sağlık Sorunu Öyküsü</i>		
Evet	487.16	U=-0.114 p=0.909
Hayır	483.67	
<i>Ruhsal Tedavi Öyküsü</i>		
Evet	505.10	U=-0.488 p=0.626
Hayır	474.86	
<i>Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumu</i>		
Evet	474.16	U=-1.125 p=0.261
Hayır	494.81	
<i>Son Bir Yıl İçerisinde Yaşamını Etkileyen Olay Yaşama Durumu</i>		
Evet	482.38	U=-0.546 p=0.585
Hayır	494.19	

Öğrencilerin sağlık/hastalık durumu ile BKİ karşılaştırılmasına bakıldığında (Tablo 15); sağlık / hastalık durumları olarak ele alınan sağlık sorunu yaşama durumu ($U=-0.547$; $p=0.584$), ruhsal sağlık sorunu öyküsü ($U=-0.114$; $p=0.909$), ruhsal tedavi öyküsü ($U=-0.488$; $p=0.626$), düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ($U=-1.125$; $p=0.261$) ve son bir yıl içerisinde yaşamını etkileyen olay yaşama durumunun ($U=-0.546$; $p=0.585$) BKİ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilerinin olmadığı görülmüştür.

Tablo 16. Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları ile BKİ Karşılaştırılması (n=987)

Beslenme Alışkanlıkları	BKİ	
	Mean Rank	U; χ^2 ; p
<i>Beslenme Düzeyi</i>		
İyi	505.47	$\chi^2=2.093$ p=0.351
Orta	476.63	
Kötü	490.87	
<i>Diyet Yapma Öyküsü</i>		
Evet	642.56	U=-8.248 p=0.000
Hayır	452.89	
<i>Düzenli Kahvaltı Etme Alışkanlığı</i>		
Evet	490.88	U=-0.139 p=0.880
Hayır	488.36	
<i>Düzenli Öğle Yemeği Yeme Alışkanlığı</i>		
Evet	494.70	U=-0.222 p=0.824
Hayır	490.11	
<i>Düzenli Akşam Yemeği Yeme Alışkanlığı</i>		
Evet	491.35	U=-0.275 p=0.783
Hayır	497.89	
<i>Ara Öğün Tüketimi</i>		
Evet	480.82	U=-1.187 p=0.235
Hayır	502.33	
<i>Abur-Cubur Yeme Alışkanlığı</i>		
Evet	496.69	U=-1.167 p=0.243
Hayır	474.96	
<i>TV Seyrederken Yeme Alışkanlığı</i>		
Evet	488.02	U=-0.077 p=0.938
Hayır	489.52	
<i>Ders Çalışırken Yeme Alışkanlığı</i>		
Evet	488.24	U=-0.258 p=0.796
Hayır	492.97	
<i>Yemeye İlgili Sorun Yaşama Durumu</i>		
Evet	435.15	U=-1.669 p=0.039
Hayır	482.93	

Öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ile BKİ karşılaştırmalarına bakıldığında (Tablo 16);

Beslenme düzeyi ($\chi^2=2.093$; p=0.351), düzenli kahvaltı etme alışkanlığı (U=-0.139; p=0.880), düzenli öğle yemeği yeme alışkanlığı (U=-0.222; p=0.824), düzenli akşam yemeği yeme alışkanlığı (U=-0.275; p=0.783), ara öğün tüketimi (U=-1.187; p=0.235), abur-cubur yeme alışkanlığı (U=-1.167; p=0.243), TV seyrederken yeme alışkanlığı (U=-0.077; p=0.938), ders çalışırken yeme alışkanlığı (U=-0.258; p=0.796) ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Diyet yapma öyküsü olanların diyet yapma öyküsü olmayanlara ($U=-8.248$; $p=0.000$), yemeye ilgili sorun yaşamayanların yaşayanlara göre ($U=-1.669$; $p=0.039$), BKİ'nin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 17. Öğrencilerin Bedenini Algılaması ve Beden Uğraşısı ile BKİ'nin Karşılaştırılması (n=987)

Bedenini Algılaması ve Beden Uğraşısı	BKİ	
	Mean Rank	U; χ^2 ; p
<i>Kilo Algısı</i>		
Kilolu Buluyorum	699.36	U=-15.359 p=0.000
Normal Buluyorum	396.83	
<i>Olmak İstenilen Beden Ölçüleri</i>		
Daha Kilolu	253.33	$\chi^2=308.612$ p=0.000
Şimdiki Gibi	412.43	
Daha Zayıf	679.15	
<i>Kilosunu Kontrol Sıklığı</i>		
Hergün	578.33	$\chi^2=7.125$ p=0.129
Haftada Bir	532.66	
Onbeş Günde Bir	515.71	
Ayda Bir	471.73	
Diğer	486.55	
<i>Kendisi, Aile Veya Arkadaşlarının Kilo Verme Yöntemi Uygulama Durumu</i>		
Evet	550.41	U=-4.669 p=0.000
Hayır	460.53	

Öğrencilerin bedenini algılaması ve beden uğraşısı ile BKİ ile karşılaştırmalarına bakıldığında (Tablo 17);

Kilosu kontrol sıklığı ($\chi^2=7.125$; $p=0.129$) ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kendilerini kilolu bulanların kendi kilosunu normal bulanlara göre ($U=-15.359$; $p=0.000$),

Daha zayıf olmak isteyenlerin şimdiki gibi ve daha kilolu olmak isteyenlere, şimdiki gibi olmak isteyenlerin daha kilolu olmak isteyenlere göre ($\chi^2=308.612$; $p=0.000$),

Kendisi, ailesi veya arkadaşları kilo verme yöntemi uygulayanların uygulamayanlara göre BKİ'nin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($U=-4.669$; $p=0.000$), görülmüştür.

4.4. BKİ ile Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişkiler

Bu başlık altında BKİ, YTT, VAÖ, RBSÖ ve BDÖ arasındaki ilişkiler (Tablo 18) verilmiştir.

Tablo 18: BKİ, YTT, VAÖ, RBSÖ ve BDÖ Arasındaki İlişkiler (n= 987)

ÖLÇEKLER	BKİ	YTT	VAÖ	RSBÖ
YTT	.079*			
VAÖ	-.074*	-.112**		
RSBÖ	-.033	.190**	.435**	
BDÖ	-.033	.272**	-.413**	-.461**

* < .05

**p <.01

BKİ, YTT, VAÖ, RBSÖ ve BDÖ arasındaki ilişkilere baktığımızda (Tablo 18);

- ✓ BKİ ile YTT arasında zayıf düzeyde pozitif ($r = .079$; $p = 0.013$),
- ✓ BKİ ile VAÖ arasında zayıf düzeyde negatif ($r = -.074$; $p = 0.021$),
- ✓ YTT ile VAÖ arasında zayıf düzeyde negatif ($r = -.112$; $p = 0.000$),
- ✓ YTT ile RBSÖ arasında zayıf düzeyde pozitif ($r = .190$; $p = 0.000$),
- ✓ YTT ile BDÖ arasında zayıf düzeyde pozitif ($r = .272$; $p = 0.000$),
- ✓ VAÖ ile RBSÖ arasında orta düzeyde pozitif ($r = .435$; $p = 0.000$),
- ✓ VAÖ ile BDÖ arasında orta düzeyde negatif ($r = -.413$; $p = 0.000$),
- ✓ RBSÖ ile BDÖ arasında orta düzeyde negatif ($r = -.461$; $p = 0.000$) ilişki görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Çocukluk ve adölesan dönemdeki beslenme bozukluklarının, uygun şekilde tedavi edilmediğinde erişkinliğe devam etme eğiliminde olduğu, morbidite ve mortalitenin artmasına ve yaşam beklentisinin azalmasına yol açtığı bilinmektedir. Bu nedenle, beslenme riskindeki adölesanların erken saptanması ve bu sorunu yönetecek önlemlerin getirilmesi, uzun vadede daha olumlu bir prognoza yol açabilir (Clemente ve ark. 2011).

Bu bölümde araştırmada saptanan bulgular literatür ve yorumlarla tartışılmıştır.

5.1. Öğrencilerin Beden Kitle İndeksine Göre Sınıflandırmalarının Tartışılması

Bu araştırmada, öğrencilerin beden kitle indeksi sınıflandırmasına göre dağılımlarına bakıldığında (Grafik 1); yaklaşık dörtte üçlük bölümünün (% 73) normal sınırlarda, % 6.4'ünün fazla kilolu ve % 0.06'sının da obez olduğu görülmektedir. Adölesanlarda beden kitle indeksini içeren uluslararası çalışmalarda fazla kilo oranı % 3.2-12.0 arasında ve obezite oranı ise % 0-7.2 arasında (Latha ve ark. 2006, Revah-Levy 2011, Adesina ve ark. 2012, Ahmad ve ark. 2013, Onyiriuka ve ark. 2015, Guiné ve ark. 2016, Tashakori ve ark. 2016) ulusal çalışmalarda fazla kilo oranı % 7.8-14.6 arasında ve obezite oranı ise % 3.3-11.7 arasında (Köse 2011, Özdemir 2014, Çetinkaya ve ark. 2017, Güvenen 2017, Yıldırım 2018) görülmüştür. Yapılan araştırmalarda, BKİ'ne yönelik adölesanlar arasındaki farklılıklar; tek cinsiyet veya çalışmalardaki cinsiyet oran farklılıkları, çalışılan popülasyonun yaşı, çalışmanın yapıldığı yer, sosyo-ekonomik durum, BKİ'ni belirlemek için kullanılan yöntem (bireyin beyanı, ölçüm yapma, ölçüm parametre farklılıkları), beslenme alışkanlıklarındaki ve yaşam düzenindeki farklılıklardan kaynaklanabilir. Obezite, son yıllarda artan sıklığı ve buna bağlı sağlık riskleri nedeniyle çocuklar ve gençler arasında da halk sağlığı önceliği haline gelen (Ahmad ve ark. 2013) ve DSÖ'ne göre, 21. yüzyılın yeni gezegen salgını olarak kabul edilen (Ocampo ve ark. 2017) bir durumdur.. Adölesan dönemde, yetişkinlik sürecindeki kilonun yaklaşık yarısı kazanılır (Çetinkaya ve ark. 2017). Obez adölesanların % 80'inin yetişkinlik döneminde bu durumu sürdürme ihtimalini eklediğimizde, durum daha da

ağırlaşmaktadır, çünkü birey büyüdükçe, patolojik komplikasyonların ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir (Ocampo ve ark. 2017). Bu araştırmada fazla kilo ve obezite prevalansının, yukarıda da belirtilen literatürdeki ulusal ve uluslararası çalışmalarla karşılaştırıldığında düşük olduğu görülmektedir. Kars'ta yaşayan adölesanlar arasında daha düşük BKİ; uzun süre tok tutan ve acıkmayı geciktiren protein ağırlıklı beslenmenin (daha fazla et, süt ve süt ürünleri, yumurta vb.) daha yaygın olmasından kaynaklı olabilir. Ayrıca, protein ağırlıklı beslenme metabolizmayı hızlandırır ve yağ yakımına yardımcı olur (Navruz ve Acar 2014, Şanlıer ve Başalan 2015, Soyak ve Demir 2017).

5.2. Öğrencilerin Yaşlarına Göre Cinsiyetlerine Yönelik Beden Kitle İndekslerinin Tartışılması

Bu araştırmada, öğrencilerin yaşlarına göre cinsiyetlerine yönelik beden kitle indekslerine bakıldığında (Grafik 2); BKİ'nin 14 yaşında kızlarda fazla, 17-18 yaşlarında ise erkeklerde daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmadaki bu sonuç, literatürde bu konuda yapılan çalışmaların sonuçlarıyla genel olarak uyumlu görülürken (Kimani-Murage ve ark. 2010, Revah-Levy 2011, Adesina ve ark. 2012, Eidsdottir ve ark. 2014, Karadamar ve ark. 2015, Onyiriuka ve ark. 2015, Guiné ve ark. 2016), uyumluluk göstermeyen ve kızlarda BKİ'nin adölesan dönemin tümünde daha fazla görüldüğünü bildiren sonuçlar da bulunmaktadır (Tekgül ve ark. 2012, Ahmad ve ark. 2013). BKİ'nin erken ve orta adölesan dönemde kızlarda daha fazla olması, kızlarda (14-15 yaş) pubertal büyüme artışının genellikle erkeklerden daha hızlı görülmesine bağlı olabilir. Kızlar, erken adölesan dönemde görülen pubertal büyümeye bağlı cinsel ve üreme fizyolojilerinin bir parçası olarak yağ bırakırlar, oysa erkekler yağ yerine kas kütlesi kazanırlar. Kızlarda en fazla şişmanlık sıklığı 14 ve 15 yaşları arasında izlenmiştir (Kimani-Murage ve ark. 2010, Adesina ve ark. 2012, Ahmad ve ark. 2013, Onyiriuka ve ark. 2015). Bunların yanında toplumumuzda kız ve erkek çocukları arasındaki cinsiyet ayrımcılığı nedeniyle erken adölesan dönemde daha fazla olmak üzere kızların kapalı ortamlarda daha çok kalması, daha sedanter yaşam tarzı ve azalmış fiziksel aktiviteleri, erkek çocuklarının da sportif faaliyetlere ağırlık verilmesi sonucu kas kütlelerinin artması bu durumun nedeni olabilir. Ayrıca, kızlar ve erkekler arasında BKİ değişimi için Kimani-Murage

ve arkadaşları kırsal Güney Afrika'da 15 yaş sınır, Guiné ve arkadaşları Portekiz'de 12 yaş sınır olarak bildirmiştir.

5.3. Öğrencilerin Sağlık/Hastalık Durumu ile İlgili Özelliklerinin Tartışılması

Bu araştırmada, öğrencilerin sağlık/hastalık durumu ile ilgili özelliklerine bakıldığında (Tablo 10); büyük çoğunluğunun sağlık sorunu yaşamadığı (% 88.3), ruhsal sağlık sorunu öyküsü olmadığı (90.7), ruhsal tedavi öyküsü olmadığı (% 98.0), yarısından biraz fazlasının (% 59.6) düzenli fiziksel aktivite yapmadığı ve dörtte üçünden biraz fazlasının (% 78.2) son bir yıl içerisinde yaşamını etkileyen herhangi bir olay yaşamadığı görülmektedir.

Bu araştırmada öğrencilerin çoğunluğunun sağlık sorunu ve tedavi görmediğine yönelik sonuçlar literatürde farklı oranlarda görülmekte olup, bu çalışma sonuçları literatürle uyumludur (Özdemir 2014, Tural Büyük ve Duman 2014, Guiné ve ark. 2016, Yıldırım 2018).

Bu araştırmada öğrencilerin çoğunluğunun fizik egzersiz yapmadığına yönelik sonuçlar Türkiye genelinde yaşla birlikte egzersiz yapma oranının düşmesi ve 12-14 yaş grubunun % 56.2'sinin, 15-18 yaş grubunun % 57.8'sinin, lise öğrencilerinin % 64.4'ünün fizik egzersiz yapmadığı sonuçlarıyla uyumludur (Özdemir 2014). Akman ve arkadaşlarının (2012) İstanbul'da bir lisede 13-18 yaş arası 357 öğrenci ile adölesanlarda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite durumunu incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında; öğrencilerin haftada ortalama 2.92 ± 1.54 gün ve her defasında ortalama 2.10 ± 1.02 saat fizik egzersize zaman ayırdıkları belirlenmiştir. Oysa ki, sağlıklı bir yaşam için adölesanlara önerilen fiziksel aktivite, terlemenin arttığı ve solunumun zorlaştığı egzersizler veya haftada 3 gün 30 dakika yürüme ile başlanan ve 4 hafta sonra haftada 5 veya daha fazla gün 45-60 dakikaya çıkarılarak yapılan fiziksel aktivitedir (Özdemir 2014).

5.4. Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları ile İlgili Özelliklerin Tartışılması

Bu araştırmada öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ile ilgili özelliklerine bakıldığında (Tablo 11); yaklaşık yarısının beslenmesini orta düzey olarak

tanımladığı (% 48.8), yarısından biraz fazlasının kahvaltı yapmadığı (% 54.8), ara öğün tüketmediği (% 52.0), ders çalışırken yeme alışkanlığının olmadığı (% 58.3), abur-cubur tükettiği (% 62.2), TV seyrederken yeme alışkanlığının olduğu (% 68.1), yaklaşık dörtte üçünün öğle yemeği yediği (% 74.0) ve çoğunluğunun diyet yapmadığı (% 80.6), akşam yemeği yediği (% 82.3), yemeyle ilgili sorun yaşamadığı (% 85.9) görülmektedir.

Bu araştırmada, sabah kahvaltısının diğer öğünlere göre az yapılıyor olmasının sebebi öğrencilerin çok erken kalkarak okula gitmek zorunda olması ve özellikle annelerin çok erken kalkıp kahvaltı hazırlamaya isteksiz olmasına ve kahvaltıda adölesanlara eşlik eden bireylerin olmamasına bağlı olabilir. Akman ve arkadaşlarının İstanbul'da bir lisede 13-18 yaş arası 357 öğrenci ile yaptığı çalışmada (2012); öğün atlama oranı % 63.9 olup en çok atlanan öğünler kahvaltı-% 51.3 ve öğle yemeği-% 39.3 olduğu görülmüştür. Özdemir'in Bursa'da 953 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmasında (2014); % 77.1'inin diyet yapmadığı, % 43.1'inin düzenli kahvaltı yapmadığı, % 63.5'inin düzenli öğle yemeği yediği, % 83.4'ünün düzenli akşam yemeği yediği görülmüştür. Tural Büyük ve Duman'ın bir ilçede 174 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmasında (2014); öğrencilerin % 87.9'unun diyet yapmadığı, % 88'inin günde 3-4 öğün beslendikleri, % 10.3'ünün öğün atladığı ve % 46'sının sıklıkla atladığı öğünün kahvaltı olduğu belirtilmiştir. Özdemir'in belirttiğine göre (2014); DeJong ve arkadaşları 12-15 yaş adölesanlarla yaptıkları çalışmalarında sabah kahvaltı yapmayı etkileyen faktörler olarak çocuğun kendi kararı ve tutumu, aile ve arkadaş çevresinin kahvaltı yapma tutumu, kahvaltı ile ilgili ebeveyn kuralları ve fiziki durumların etkili olduğu saptamışlardır. Dengeli, sağlıklı ve iyi beslenmenin en önemli basamağı düzenli kahvaltı etmektir ve bunun atlanması sağlıklı ve düzenli beslenmeyi güçleştirecektir (Özdemir 2014). Yeni bir güne istekli bir şekilde başlamak ve günü verimli bir şekilde korumak, sabah kahvaltısının miktarı ve kompozisyonu ile de yakından ilgilidir. Bir çalışmada; kahvaltının beslenme durumunu iyileştirerek, öğrenme ve bilişsel becerilerdeki gelişmeyi arttırdığı ve eğitim üzerinde olumlu bir etkisi olduğu belirtilmiştir (Komar İkan 2018). Aynı zamanda, öğünlerin kayması abur cubur yemeye yöneltebilir ve diğer öğünlerde daha fazla yemeğe neden olabilir. Bu nedenle kahvaltı öğününün atlanması BKİ yüksekliğine neden olmaktadır (Akman ve ark. 2012, Özdemir 2014). Ayrıca Türkiye genelinde öğlen öğünü atlama oranının % 17.8, akşam yemeği atlama

oranının % 5.1 olduğu belirlenmiştir (Özdemir 2014). Bu yaş grubunda adölesanların kilo kontrolü için öğün atlaması veya sağlıksız diyet uygulamaları anoreksiya başta olmak üzere yeme tutum bozukluklarına ve bunlara bağlı komplikasyonlara neden olabilir.

5.5. Öğrencilerin Bedenini Algılaması ve Beden Uğraşısı ile İlgili Özelliklerinin Tartışılması

Bu araştırmada öğrencilerin % 69.9'u kilosunu normal bulurken, % 30.1'inin kilolu bulduğu görülmektedir (Tablo 12). Oysa ki, yapılan bu çalışma da öğrencilerin sadece % 6.4'ü fazla kilolu görülmüştür. Araştırmanın bu sonucu öğrencilerin kilosunu olduğundan fazla algıladığını göstermektedir. Vücut ağırlığına gerçekçi olmayan düşünce, kilo almayı tanıma ve durdurma amaçlı değişkenlik gösteren farklı riskli tutum ve davranışları oluşturabilir. Latha ve arkadaşlarının Hindistan'da 16-21 yaşları arasında 124 kız adölesan öğrenciyle yaptığı çalışma sonucunda (2006) % 7.3'ünün, Uskun ve Şabaplı'nın Isparta'da 485 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmasında (2013) % 22.1'inin, Özdemir'in Bursa'da 953 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmasında (2014) % 42.1'inin, Tural Büyük ve Duman'ın bir ilçede 174 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmasında (2014) % 27.6'sının kilolu, Güvenen'in İstanbul'da 205 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmasında (2017) % 9.8'inin kendilerini fazla kilolu, % 6.3'ünün ise şişman olarak algıladığı görülmüştür. Lim ve Kim'in Kore'de adölesanlarla yaptıkları çalışma sonucunda (2017); cinsiyete göre kilo algısı erkek-kız oranı şöyle verilmiştir: Fazla kilolu (% 35.7, % 19.5), normal (% 30.2, % 33.4), zayıf (% 34.1, % 47.1). Özellikle, ince gövdeli kızlar ve kaslı erkekler için kitle iletişim araçlarından etkilenen sosyal tercihler, adölesanların ağırlık algılarını etkileyebilir ve vücut ağırlığı bozulmalarına neden olabilir (Lim ve Kim 2017). Ergenlerin yaklaşık %30'u kendi beden ağırlıklarını olduğundan daha az tahmin etmekte ve kendi kilo durumlarını doğru bir şekilde sınıflandıramamaktadır (Ata ve ark. 2014). Güvenen (2017), öğrencilerin sosyal medyada dolaşmaları ve moda dergilerine bakmalarının kilolarından memnuniyetsizliklerini arttırdığı belirlemiştir.

Bu araştırmada öğrencilerin % 46.4'ü şimdiki beden ölçüleri gibi olmak istediğini belirtirken, % 37.5'i olduğundan daha zayıf olmak istediğini belirtmektedir (Tablo 12). Latha ve arkadaşlarının Hindistan'da 16-21 yaşları arasında 124 kız

adölesanla çalışması sonucunda (2006) % 86.3'ünün, Radmanović-Burgić'in Bosna Hersek'te 12 ile 23 arasında değişen 854 kişiyle yaptığı çalışma sonucunda (2011), kızların % 60'ından fazlasının, Eidsdottir ve arkadaşlarının İzlanda'da 16-20 yaş arası adölesanlarla yaptıkları çalışma sonucunda (2014) kızların % 64'üne yakını ve erkeklerin yalnızca % 19'unun, Özdemir'in Bursa'da 953 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmasında (2014) % 36.3'ünün, Yıldırım'ın çalışmasında (2018) adölesanların % 47.9'unun kilo vermek ve daha zayıf olmak istedikleri görülmektedir. Yapılan bu çalışmalar öğrencilerin bedenlerinden memnuniyetsizliklerinin fazla olduğunu göstermektedir. Bu durum da adölesanlarda bozulan yeme tutumları ve buna bağlı sorunlara yönelik büyük risk faktörü oluşturmaktadır.

Bu araştırmada öğrencilerin % 47.0'sinin kilosunu ayda bir kontrol ettiği, % 3.1'inin ise kontrolü hergün yaptığı görülmektedir (Tablo 12). Özdemir'in Bursa'da 953 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmasında (2014); % 42.8'i olan çoğunluğunun ayda bir tartıldığı ve kilo kontrolü yaptığı belirlenmiştir. Yıldırım'ın çalışmasında (2018); katılımcıların % 48.2'sinin ayda bir kez tartıldığı görülmektedir. Öğrencilerin kilo takibinde ağırlık yönetimi için en çok tercih edilen kilo kontrolünü ayda bir gerçekleştirmeleri sevindiricidir. Çünkü literatür, ağırlığı korumak için sürekli tartılmanın yeme davranışı ve beden imajında büyük oranda bozulmalara neden olacağını göstermektedir (Yıldırım 2018).

5.6. Öğrencilerin Kilo Alma Durumu Karşısındaki Tutumları/Yaklaşımlarının Tartışılması

Bu araştırmada öğrencilerin kilo alma durumu karşısındaki yaklaşımlarına bakıldığında (Grafik 3); ilk üç sırada sırasıyla spor yapmayı, abur-cubur yememeyi ve öğün atlamayı uyguladıkları belirlenmiştir. Uskun ve Şabaplı'nın Isparta'da 485 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmasında (2013); öğrenciler kilo vermek için sırasıyla egzersiz yapmak (%33.2), diyet yapmak (%19.6), öğün atlamak (%10.9) yöntemlerini seçmişlerdir. Özdemir'in Bursa'da 953 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmasında (2014); öğrencilerin kilo vermek için % 30.1'inin spor yaptığı ve % 23.4'ünün abur-cubur yemekten uzak durduğu görülmüştür. Tural Büyük ve Duman'ın bir ilçede 174 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmasında (2014); öğrencilerin %25.9'u kilo vermek için egzersiz yaptıklarını ve %12.1'i diyet yaptıklarını,

%10.3'u öğün atladıklarını belirtmişlerdir. Karadamar ve arkadaşlarının Adana'da 750 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmasında (2015); ergenlerin yarısı (% 51.7) kilosunu kontrol etme girişiminde bulunmuş olup, en çok yağlı yiyecekleri kısıtlama, aktivitelerini arttırma, asitli içecek içmeyi bırakma yolunu seçmişlerdir. Yıldırım'ın çalışmasında (2018); en fazla egzersiz yapmak, az yemek ve daha çok su içmek tercih edilmiştir. Araştırma sonuçları kilo aldıklarını düşünenlerin genellikle egzersiz yaptığını göstermektedir. Öğrencilerin kilo verme yöntemi olarak kişinin sağlığını bozabilecek kusma, müshil ya da idrar söktürücü ilaçlar gibi fizyolojik ve psikolojik sonuçları daha tehlikeli yöntemleri kullanmaması iyi bir sonuçtur.

5.7. Öğrencilerin YTT Puan Ortalaması ve Risk Sınıflandırmasının Tartışılması

Bu araştırmada öğrencilerin YTT ortalamasının 22.10 ± 10.89 olup (Tablo 13), yeme tutumlarının genel olarak normal ve sağlıklı olduğu; yeme tutumu risk sınıflandırmasına baktığımızda (Grafik 4) % 53.2'sinin yeme tutumu açısından düşük riskte ve % 18.3'ünün ise yüksek riskte olduğu görülmektedir. Gittikçe daha fazla sayıda insan şiddetli olmayan uygunsuz yeme davranışları ve tutumları göstermektedir. Hafif riskli yeme davranış ve tutumlarının erken ve hızlı tanınması ciddi bozulmaları önleyebilir (Allihaibi 2015, Alpaslan ve ark. 2015). Adölesan döneminde gençler zamanlarının çoğunu dışarıda ve fast-food ağırlıklı beslenme ile geçirmektedir. Bu durum yeme tutum ve davranışlarında değişikliklere, aşırı hızlı yiyecek tüketimine, yanlış diyet uygulamalarına, öğün atlama ve öğün aralarında değişikliklere yol açmaktadır (Komar İkan 2018). Yeme bozukluğu riskinin belirlenmesi adölesanlarda yeme bozukluğunun önlenmesi açısından önemlidir. Tanrıverdi ve arkadaşlarının Antep'te 446 lise öğrencisi ile çalışması sonucunda (2011), yeme tutum puan ortalaması 21.88 ± 12.09 olup, % 17.3'ünün yeme tutumu açısından yüksek riskli olduğu belirlenmiştir. Özdemir'in Bursa'da 953 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmasında (2014); öğrencilerin yeme tutum puan ortalaması 20.59 ± 11.69 olup yeme tutumlarının çoğunlukla normal ve sağlıklı olduğu görülmüştür. Tural Büyük ve Duman'ın bir ilçede 174 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmasında (2014); YTT puan ortalamaları $16,35 \pm 8,31$ olup yeme bozukluğu riski görülme oranı % 8 olarak bulunmuştur. Sampei ve arkadaşlarının Brezilya'da yaptıkları çalışma sonucunda (2009) kızların % 16.5'inde klinik olarak anlamlı

rahatsızlık verici yeme tutumu saptanmıştır. Allihaibi'nin 15-19 yaş grubundaki 180 Suudi Arabistan'lı öğrenci ile yaptığı çalışma sonucunda (2015), öğrencilerin yeme tutumlarının 16.01 ± 8.88 olup, % 26.1'inin olumsuz yeme tutum ve davranışı gösterdikleri belirlenmiştir. Sonuçların farklı olması farklı kültürler, etnik kökenler ve ekonomik durumun yanı sıra kullanılan ölçüm araçlarının farklı olmasından kaynaklanabilir.

Ülkemizde Kars ve Antep'te yeme tutumuna yönelik yüksek riskin sırasıyla % 18.3 ve % 17.3 olarak belirlenmesi özellikle Batı kültürünün bir fenomeni olan yeme bozukluklarının, son yıllarda Doğu kültürlerinde de artmaya başladığını ve Batı toplumlarına benzer kilo ve şekil kaygıları yaşamalarının riskli yeme davranış ve tutumu oluşturmalarında etken olduğunu göstermektedir. Özellikle, televizyon programları, dergiler ve internet aracılığıyla güzellik ve estetik vücut şeklindeki değişikliklerle sunulmaktadır. Ayrıca medya mesajları da, vücut şeklini daha arzu edilen bir şekle dönüştürmeyi ve besleyici olmayan diyet ürünleri kullanarak kısa sürede kolayca vücudu şekillendirmeyi vaat etmektedir. Medyadan gelen bu mesajlar özellikle bilgi için medya arayan adölesanların beden imajlarından memnun kalmamasına ve olumsuz yeme tutumlarına girmelerine neden olmaktadır. Ayrıca Kars'ta yeme tutumuna yönelik yüksek riskli davranışlar Kafkas ergenlerinin kültürel ve estetik baskılara açık olmasından da kaynaklanabilir (Sampei ve ark. 2009). Yapılan çalışmalarda Afrikalı, Amerikalı, Japon ve Brezilyalı kız ve kadınların daha kilolu olsalar bile, Kafkasyalı kız ve kadınlardan daha yüksek vücut memnuniyeti bildirdikleri ve olumsuz yeme tutum ve davranışlarına yönelik Kafkas kız ve kadınlarının daha fazla riskli oldukları görülmüştür (Sampei ve ark. 2009, Aktaran 2018).

5.8. Öğrencilerin RBSÖ Puan Ortalaması ve Benlik Saygısı Düzeyinin Tartışılması

Bu araştırmada RBSÖ puan ortalamasının 4.61 ± 1.65 olup (Tablo 13), % 64.6'sının düşük benlik saygısına sahip oldukları (Grafik 5) görülmektedir. Özdemir'in Bursa'da 953 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmasında (2014); öğrencilerin Pier-Harris Çocuklar İçin Öz Benlik Kavramı ölçeği puan ortalamalarının 56.07 ± 10.13 olup, % 14.4'ünün benlik saygılarının düşük ve çoğunluğunun yüksek olduğu belirlenmiştir. Dil ve arkadaşlarının Çankırı ilindeki adölesanların benlik saygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının riskli sağlık davranışları ve bazı

sosyodemografik faktörlerle ilişkisini belirleme amaçlı 10 liseden 1001 öğrenci ile yaptıkları çalışma sonucunda (2015), öğrencilerin Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ile benlik saygısı puan ortalamaları 35.71 ± 8.98 olup, benlik saygılarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Gökçe'nin İstanbul'da 309 lise öğrencisinde benlik saygısı ve beden algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada (2017); öğrencilerin Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği puanları ortalamasının 1.59 ± 1.59 olup benlik saygılarının yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçlarının farklılığı kullanılan ölçüm araçlarına bağlı olabilir. Aynı zamanda, adölesanın bedenine ve dış görünüşüne ilişkin algılarının benlik saygısının önemli bir belirleyicisi olduğu düşünülmektedir (Eriş ve İkiz 2013, Gökçe 2017, Işık 2018). Bu araştırmada öğrencilerin yarısından çoğunun beden algısının düşük olmasının benlik saygısının düşük olmasına neden olduğu, ayrıca Kars'ın küçük bir şehir olması, sosyal imkânların ve etkileşiminin kısıtlı olmasının benlik saygısının düşük olmasını arttıran faktörler olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra benlik saygısının erken adölesan dönemden geç adölesan döneme doğru, yani genç yetişkinlik aşamasına doğru yükseldiği belirtilmektedir (Gökçe 2017). Bu çalışmada adölesanların % 72.6'sının erken ve orta dönemi adölesan olup, % 27.4'ünün geç adölesan dönemde olması da benlik saygısının düşük olmasına neden olan bir diğer faktör olarak düşünülebilir. Literatür düşük benlik saygısının sosyal geri çekilmeye, kendine yönelik eleştirilerde artışa, bireyin diğer insanların düşünce ve davranışlarından daha fazla etkilenmesine, olumsuz eleştirilere daha duyarlı olmasına neden olduğunu ve düşük benlik saygısının yeme bozuklukları açısından risk faktörü olduğunu belirtmektedir (Tanrıverdi ve ark. 2011, Eriş ve İkiz 2013, Gökçe 2017).

5.9. Öğrencilerin VAÖ Puan Ortalaması ve Bedenine İlişkin Doyum Düzeyinin Tartışılması

Bu araştırmada öğrencilerin VAÖ ortalamasının 131.00 ± 29.07 olup (Tablo 13) algılarının ortalamanın biraz altında ve % 53.0'nın beden algıları açısından doyumunun düşük olduğu (Grafik 6) görülmektedir. Uskun ve Şabaplı'nın Isparta'da 485 lise öğrencisi ile yaptığı çalışma sonunda (2013), öğrencilerin VAÖ puan ortalamalarının 151.7 ± 30.9 olup, beden algılarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Gökçe'nin İstanbul'da 309 lise öğrencisi yaptığı çalışmada (2017), VAÖ ortalamalarının 78.84 ± 24.85 olup, beden algılarının düşük düzeyde olduğu

görülmüştür. Adölesan dönemde akranların ve dış dünyanın önemi artmakta, hatta yaşamsal değere ulaşmaktadır (Eskin ve ark. 2008). Adölesanlarda beden algısını etkileyen en önemli faktörlerden biri yaşanan toplumda bedene karşı duyarlılık, beden görünüş değeri ve bedene verilen anlamdır (Uskun ve Şabaplı 2013). Araştırma sonuçlarındaki bu farklılık araştırmaların farklı coğrafi bölge ve kültüre yönelik olmasından kaynaklanabilir. Eidsdottir ve arkadaşlarının İzlanda'da 16-20 yaş arası adölesanlarda yaptıkları çalışma sonucunda (2014), kızların erkeklere göre beden imajı hakkında daha zayıf algıya sahip olduğu görülmüştür. Radmanović-Burgić'in Bosna Hersek'te 12-23 yaşlarındaki 854 kişiyle yaptığı çalışma sonucunda (2011), % 67'sinin vücut ağırlığından memnun olmadığı belirlenmiştir. Aynı araştırma, adölesan kızların % 40-70'inin vücudunun en az iki parçasından memnun olmadığını ve % 50-% 80'inin gerçekte olduğundan daha zayıf olmak istediğini ortaya koymuştur (Aktaran 2018). 13-15 yaşları arasında, kızların erkeklere göre daha fazla kilo/ beden görünüş kaygısı gösterdiği belirlenmiştir. Erkekler vücutlarının 5 parçası (kilo, saçları, boy, penis büyüklükleri ve vücut kılları) hakkında daha fazla endişe yaşadığı, kızların da kilo, karın, meme büyüklüğü, uyluk ve bacaklarının en çok yatırım yaptıkları vücut parçaları olduğu görülmüştür (Aktaran 2018). Beden algısını etkileyebilecek beden görünüşünün daha iyi olabilmesi için bu alana maddi yatırımın iyi olması da önemlidir (Gökçe 2017). Bu araştırmada adölesanların çoğunluğunun maddi durumunun orta ve kötü olmasının da beden algısını etkilediği düşünülebilir. Adölesanın vücuduna yönelik olumlu duygu ve düşüncelerinin olması gelecekte ruhsal yönden sağlıklı olmasına neden olan faktörlerden biridir (Çetinkaya ve ark. 2017). Olumsuz beden algısı, kilo kontrolünde oruç tutmak, müshil kullanmak, sigara içmek, sağlıksız diyetler uygulamak ya da aşırı spor yapmak gibi eylemlere neden olabilir (Ata ve ark. 2014).

5.10. Öğrencilerin BDÖ Puan Ortalaması ve Depresif Belirti Düzeylerinin Tartışılması

Bu araştırmada öğrencilerin BDÖ puan ortalamalarının 13.80 ± 10.87 olup (Tablo 13) depresif belirti düzeylerinin düşük olduğu ve BDÖ puan ortalamalarına göre (Grafik 7) % 41'inde depresyon olmadığı belirlenirken, % 10'unda şiddetli düzeyde depresif belirti olduğu belirlenmiştir. Depresyon, adölesanlarda yeti yitiminin yanı sıra intihar davranışı ve majör depresyon için de bir risk etmeni oluşturmaktadır (Eskin ve ark. 2008, Rey ve ark. 2015). Ergenlik öncesi çocukların

yaklaşık % 1- % 2'sinin ve ergenlerin yaklaşık % 5'inin herhangi bir zamanda klinik olarak anlamlı depresyon yaşadığı gösterilmiştir. Ayrıca gençlerin % 5- % 10'unun sub-sendromik depresyon yaşadığı tahmin edilmektedir (Rey ve ark. 2015).

Eskin ve arkadaşlarının Aydın il merkezinde 845 lise öğrencisi depresyon yaygınlığını belirleme amaçlı Çocuk Depresyon Envanterini kullanarak yaptıkları çalışmada (2008), katılımcıların % 17.5'i kesme noktası olan 19 ve üzerinde puan almıştır. Kars ve arkadaşlarının Van il merkezinde lise son sınıf 412 öğrenciyle BDÖ kullanarak yaptığı çalışma sonucunda (2014) ,öğrencilerin puan ortalaması 15.3 ± 12.8 olup, % 66'sının puanı 41 ve üzerinde görülmüştür. Mutallıgımov'a'nın İstanbul'da 400 lise öğrencisi ile Çocuk Depresyon Envanterini kullanarak yaptığı çalışma sonucunda (2014), öğrencilerin % 23.1'inin 19 ve üzerinde puan aldığı görülmüştür. Göksan Yavuz'un İstanbul'da lise 2 ve 3. Sınıf 391 öğrenci ile BDÖ kullanarak yaptığı çalışmada (2015), öğrencilerin % 25.6'sında depresyon ortalama puanı yüksek görülmüştür. Tanrıverdi'nin Van'da 270 lise öğrencisi ile Kısa Semptom Envanteri'nin depresyon alt boyutuna yönelik değerlendirmesi sonucunda (2017), öğrencilerin % 32.2'si düşük ve % 20.7'sinde yüksek düzeyde depresyon belirlenmiştir. Eidsdottir ve arkadaşlarının İzlanda'da 16-20 yaş arası adölesanlarda yaptıkları çalışma sonucunda (2014); kızların depresif belirti skorları erkeklerden daha yüksek (18.8-15.5) görülmüştür. Literatürde, depresyon prevalansı ile ilgili veriler, özellikle kullanılan ölçüt türüne (yoğunluk-son 3 ay, son bir ay, son bir yıl gibi ölçütleri veya DSM'ye dayalı), yaş grubuna ve cinsiyet farklılıklarının aranıp aranmadığına göre değişmektedir. Birçok epidemiyolojik ve klinik çalışma, kızların tipik olarak erkeklerden daha yüksek düzeyde depresif semptomlar gösterdiğini ortaya çıkarmıştır (Revah-Levy ve ark. 2011, Eidsdottir ve ark. 2014, Göksan Yavuz 2015, Lim ve Kim 2017).

5.11. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerinin BKİ ile Karşılaştırmalarının Tartışılması

Bu araştırmada, erkeklerde BKİ kızlara göre daha yüksek olmakla birlikte öğrencilerin cinsiyet ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($U=-1.072$; $p=0.284$) görülmemektedir (Tablo 14). Literatürde cinsiyet ve BKİ arasında ilişki olmadığını belirten çalışmaların yanı sıra (Schneider ve ark. 2013, Guiné ve ark. 2016, Erdoğan ve Akın 2017), erkeklerde kızlara göre daha yüksek olduğunu belirten

çalışmalar da bulunmaktadır (Özmen 2008, Tekgül ve ark. 2012, Gonzalez ve ark. 2012, Tütüncü 2014, Hekim ve Yüksel 2015). Araştırma sonucunda cinsiyetler arasında fark olmaması adölesanlara aile temelli yapılan kilo kontrolü programlarının adölesanların kilosunu kontrol etmelerinde etkili olduğunu (Tekgül ve ark. 2012, Erdoğan ve Akın 2017) ve kiloların çoğunlukla normal sınırlarda olduğunu düşündürmektedir.

Bu araştırmada, öğrencilerin aile tipi ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($\chi^2=3.654$; $p=0.161$) görülmemektedir (Tablo 14). Bu sonuç bu konuda yapılan Oğur' un çalışması ile uyumludur (Oğur ve ark. 2016). Oysa ki aile, çocuğa sağlıklı ev şartlarını sağlayan ve çocukluklara model oluşturarak yeme alışkanlıklarını geliştiren ilk ortamdır. Ailelerin beslenme biçimleri, yeme tercihleri, obez olma durumu, sosyo-ekonomik durumu, ailenin eğitim seviyesi, aile içi ilişki kalitesi ve aile tipi çocuklukların yeme tutumu ve obezitesini etkilemektedir (Oğur ve ark. 2016).

Bu araştırmada öğrencilerin yetiştiği çevre kentsel bölgede olanların kırsal bölgede olanlara göre BKİ'nin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($U=-2.377$; $p=0.017$) görülmektedir (Tablo 14). Araştırmanın yapıldığı bölgede kırsal bölgede protein ağırlıklı beslenmenin ve fizik aktivitenin daha yoğun olmasının, kentsel bölgede daha konutsal ve kapalı ortamlarda yaşamının ve buna bağlı aktivite azlığının, televizyona ve bilgisayara daha bağımlı olmanın oluşturduğu fiziksel aktivite kısıtlılığı ve fast-food, abur-cubur gibi yiyeceklere ulaşım imkanının daha fazla olmasının bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada öğrencilerde maddi durumu iyi olanlarda BKİ'nin maddi durumu orta olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($\chi^2=6.756$; $p=0.034$) görülmektedir (Tablo 14). Maddi durum ve BKİ arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalara bakıldığında ilişkisi olmadığını belirten çalışmaların yanı sıra (Gonzalez ve ark. 2012, Ulutaş ve ark. 2014, Erdoğan ve Akın 2017), orta ve düşük (Kimani-Murage ve ark. 2010) ve yüksek (Özmen 2007, Oğur ve ark. 2016, Adesina ve ark. 2012) ekonomik durumun farklılık yaratıp fazla kilo/obezitenin daha yüksek oranlarda görüldüğüne yönelik sonuçlar da vardır. Ekonomik durum kültürel olarak uygun ve fiyatına göre gıdalara erişimi ve spor amaçlı yapılan fiziksel aktivitelere, abur-cubur tüketimine erişimi etkilemekte ve böylece BKİ'yi

etkilemektedir (Adesina ve ark. 2012, Gonzalez ve ark. 2012). Bireylerin ulaşabildiği besin tüketim maddelerinin miktarı ve çeşitliliği yüksek gelir düzeyi ile doğru orantılı olarak artmaktadır (Ulutaş ve ark. 2014). Ekonomik durumun düşük olması, kadınlar arasında daha fazla obezite riski ile güçlü bir ilişki içinde iken, bu durum erkekler için daha az belirgin olduğu görülmektedir (Gatineau ve Dent 2011).

Bu araştırmada, öğrencilerin anne ($\chi^2=2.883$; $p=0.586$) ve baba ($\chi^2=5.471$; $p=0.242$) eğitim düzeyi ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir (Tablo 14). Araştırmanın bu sonucu anne (Kuyumcu 2007, Özmen 2007, Akman ve ark. 2012, Tütüncü 2014, Erdoğan ve Akın 2017, Yıldırım ve ark. 2017) ve babalarla (Kuyumcu 2007, Özmen ve ark. 2007, Yıldırım ve ark. 2017) yapılan çalışma sonuçlarıyla paraleldir. Bu çalışmaların aksine Oğur ve arkadaşlarının çalışmasında da (2016) anne ve babanın eğitim düzeyi düştükçe obezitenin arttığı, Tütüncü ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında da baba eğitim düzeyi arttıkça obezitenin arttığı görülmüştür. Daha yüksek bir eğitim seviyesi, ebeveynlerin beslenme gereksinimlerini daha iyi anlamalarını ve dolayısıyla çocuklarında sağlıklı beslenme düzenlerini teşvik etmelerini sağlar (Fokena ve Jeewon 2012).

Bu araştırmada, öğrencilerin başarı durumu ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($\chi^2=7.190$; $p=0.126$) olmadığı görülmektedir (Tablo 14). Bu sonuç okul başarısı ile BKİ arasında negatif ilişki olduğunu ve okul başarısı düştükçe BKİ'nin yükseldiğini gösteren çalışma sonuçlarıyla uyumsuzdur (Gonzalez ve ark. 2012, Tonetti ve ark. 2015, Finn ve ark. 2018). Obeziteye sahip öğrencilerin okulla daha az ilgilenmelerinin ve daha az başarılı olmalarının nedeni sağlıklı kiloya sahip adölesanlarla kıyaslandığında alay, zorbalık, ayrımcılık ve kabadayılık gibi nedenlerden dolayı okula daha az gitmesi ya da okula tamamıyla gitmek istememesidir (Gonzalez ve ark. 2012, Tonetti ve ark. 2015, Finn ve ark. 2018). Bu araştırmadaki bu sonucun uluslararası yapılan çalışmalardan farklı olmasının kültürel farklılıklardan kaynaklandığı ve bizim ülkemizde inancımız gereği insanların daha kabullenilir ve insani ilişkilerde insanları benimsemenin fazla olmasından kaynaklanabilir.

5.12. Öğrencilerin Sağlık/Hastalık Durumu ile BKİ Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bu araştırmada, öğrencilerin sağlık sorunu yaşama durumu ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($U=-0.547$; $p=0.584$) görülmemektedir (Tablo 15). Bu sonucun sağlık sorunu tanımlamasında kronik bir sağlık sorunu olduğunun belirtilmemesi kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Guiné ve arkadaşlarının çalışmasında da (2016); adölesanların sağlık sorunu ile BKİ arasında ilişki olmadığı görülmektedir. Ünsal'ın çalışması (2010) ve Yıldırım ve arkadaşlarının çalışması (2017) kronik hastalık ve yeme tutum farkı olmadığı görülmüştür. Halfon ve arkadaşlarının (2013) Amerika'da 10-17 yaşları arasında adölesanlarda yaptıkları çalışma sonucunda kemik/eklem/kas problemleri, astım, allerjiler, baş ağrıları ve kulak enfeksiyonları olan adölesanlarda BKİ'nin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmaların bazılarında bireylerin sağlık algısı kötüleştikçe daha çok olumsuz yeme tutumuna sahip oldukları görülmüştür (Gonzalez ve ark. 2012, Yıldırım ve ark. 2017). Çocukluk ve adölesan döneminde kilolu ve şişman olanların normal ağırlıkta olanlara göre daha fazla sıklıkta astım, tip 2 diyabet, hipertansiyon, ortopedik ve psikososyal komplikasyonlar, uyku apnesi gibi sağlık sorunlarına sahip oldukları belirlenmiştir (Aksoydan ve Çakır 2011). Kronik hastalık varlığı adölesanların yaşlılarından daha memnuniyetsiz, yaşlılarından ayrı, daha hareketsiz ve izole yaşamasına neden olarak yeme bozukluklarına neden olmakta ve BKİ'yi etkilemektedir (Ünsal ve ark. 2010, Pahalı ve ark. 2018). Bunun yanı sıra adölesan dönemde kronik tıbbi durumların veya hastalıkların varlığı, fiziksel aktiviteye daha fazla sınırlama getirerek daha hareketsiz bir yaşam tarzına yol açabilir. Ayrıca bu dönemde, tıbbi koşullar veya ekonomik dezavantaj, özellikle kadınlarda strese karşı biyolojik duyarlılıklara neden olabilir, bu da yaşamın ilerleyen dönemlerinde daha yüksek BKİ riski taşır. Strese karşı duyarlılıkla strese bağlı hastalıklara karşı yatkınlık gösterdiği ileri sürülmektedir ve bu kısır döngü devam etmektedir (Gonzalez ve ark. 2012).

Bu araştırmada, öğrencilerin ruhsal sağlık sorunu öyküsü ($U=-0.114$; $p=0.909$) ve ruhsal tedavi öyküsü ($U=-0.488$; $p=0.626$) ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir (Tablo 15). Bu sonucun aksine ruhsal sağlık sorunları ve tedavisinin daha yüksek BKİ'ne neden olduğu görülmektedir (Gonzalez ve ark. 2012, Özgen ve ark. 2012). Halfon ve arkadaşlarının (2013) Amerika'da 10-

17 yaşları arasında adölesanlarda yaptıkları çalışma sonucunda dikkat eksikliği hipearaktivite bozukluğu, yıkıcı davranış bozukluğu, depresyon, öğrenme bozukluğu, gelişimsel geriliği olan adölesanlarda BKİ'nin daha yüksek olduğu görülmüştür. Depresyon, anksiyete, düşük öz-saygı, beden memnuniyetsizliği, diyet kısıtlaması, yeme bozukluğu semptomları ve psikolojik sorunların çocuk ve adölesanlarda aşırı kilo ve obeziteye neden olan psikolojik faktörlerdir (Russell-Mayhew ve ark. 2012, Assari 2014). Erken yaşta başlayan ruh sağlığı sorunlarının yaşam boyu yükselmiş BKİ'nin belirleyicisi olduğu ve strese karşı duyarlılığın ve stresli yaşam olaylarının bunda etkili olduğu bilinmektedir (Gonzalez ve ark. 2012). Pahalı ve arkadaşlarının (2018) çalışması sonucunda, geçmişinde ruhsal tedavi gören bireylerde daha yüksek BKİ, en yüksek BKİ şizofrenlerin ve tipik antipsikotik kullananların olduğu ve bunu trisiklik antidepresanların izlediği, 5-10 yıl ilaç kullananların daha az ilaç kullananlardan daha yüksek BKİ'lerinin olduğu belirlenmiştir. Ruhsal hastalıklar egzersize yönelik enerji azlığı, ilaçların yan etkileri, kilo verme çabalarına yönelik daha çaba ve evdeki psikososyal stresörler nedeniyle ergenlerde daha yüksek BKİ ve obezite nedenidir. Adölesanlarda obezitenin tedavisi sadece diyet ve egzersiz yapmakla kalmayıp aynı zamanda benlik saygısı ve sosyal güven gibi daha geniş sosyal ve duygusal sorunları ele almak için önlemler gerektirir (Gatineau ve Dent 2011).

Bu araştırmada, öğrencilerin düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($U = U = -1.125$; $p = 0.261$) görülmemektedir (Tablo 15). Araştırmanın bu sonucu fiziksel aktivite ile BKİ arasında ilişki olduğunu ve fiziksel aktivitenin BKİ'ni azalttığını belirten çalışma sonuçları ile uyumsuzdur. Aksoydan ve Çakır'ın Kocaeli'de 319 öğrenci ile yaptığı çalışmada (2011), fiziksel aktivite düzeyleri ile BKİ grupları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve fiziksel olarak aktif olan öğrenciler arasında obez olmadığını belirtmektedir. Tekgül ve arkadaşlarının çalışmasında (2012), düzenli spor yapanlarda BKİ normal sınırlarda olanların sayısı, düzenli spor yapmayan adölesanlara göre daha fazla bulunmuştur. Jadhav ve arkadaşlarının çalışmasında (2014), BKİ'leri daha yüksek olan adölesanlardan % 23'ünün fiziksel aktivitelere 30 dakikadan fazla ve % 77'sinin <20 dakika / gün katıldığı görülmüştür. Guiné ve arkadaşlarının çalışmasında da (2016); aşırı kilolu olan öğrencilerin büyük çoğunluğunun sportif faaliyetleri olmadığı ve düzenli fizik egzersiz yapmadıkları görülmüştür. Mitchell ve arkadaşlarının 50 ülkeyi

içeren uluslararası çocuk ve adölesanlarda BKİ ile ilişkili faktörleri belirleme amaçlı yaptıkları çalışma sonucunda (2018); haftada 3 saatin üzerinde düzenli fizik egzersizin BKİ ile ilişkili olduğu görülmüştür. Fiziksel olarak aktif olmama, ekran (televizyon ve bilgisayar) başında uzun süre vakit geçirme ve bu sıralarda kalori değeri yüksek besinleri tüketme adölesanlarda fazla kilolu ve obez olmayı etkileyen en önemli faktörlerdir (Aksoydan ve Çakır 2011). Hareketsizlik, obezite oluşumuna etki ederken obezite de hareket eksikliğine neden olarak kısır bir döngü oluşturmaktadır (Ulutaş ve ark. 2014). Ayrıca, düzenli fiziksel aktivite sağlığın korunması ve geliştirilmesinin yanı sıra bireylerin sosyalleşmesinde, kötü alışkanlıkların önlenmesinde de yani yaşam kalitesinin yükseltilmesinde oldukça önemlidir (Tedik 2017).

Bu araştırmada, öğrencilerin son bir yıl içerisinde yaşamını etkileyen bir olay yaşama durumu ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($U=-0.546$; $p=0.585$) görülmemektedir (Tablo 15). Oysa ki, geçmişte olumsuz yaşam olayları gibi stresör yaşayanlarda davranışsal ve biyolojik mekanizmalar yoluyla ruhsal travmaya bağlı olarak yeme bozukluklarının daha sık görülmesi ve BKİ'nin etkilenmesi beklenebilir (Ünsal ve ark. 2010). Ünsal ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) geçmişinde olumsuz bir olay yaşayanlarda daha fazla yeme bozukluğu görüldüğü belirlenmiştir. Elsenburg ve arkadaşları (2017), 11-23 yaşları arasında ilişkiler ve kazaya bağlı yaşamı etkileyen mağduriyet olayları yaşamasının 21-23 yaşları arasında daha düşük BKİ'ya neden olduğunu belirtmiştir. Bakalar ve arkadaşlarının (2018), Amerika'lı askeri personelde çocukluk çağına bakıldığında çocukluk çağına yaşanan olumsuz olayların daha fazla yeme bozukluğuna neden olduğu ve bunun da daha fazla BKİ'ne yol açtığı görülmektedir.

5.13. Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları ile BKİ Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bu araştırmada, öğrencilerin beslenme düzeyi algısı ($\chi^2=2.093$; $p=0.351$), düzenli kahvaltı etme alışkanlığı ($U=-0.139$; $p=0.880$), düzenli öğle yemeği yeme alışkanlığı ($U=-0.222$; $p=0.824$), düzenli akşam yemeği yeme alışkanlığı ($U=-0.275$; $p=0.783$), ara öğün tüketimi ($U=-1.187$; $p=0.235$) ve abur-cubur yeme alışkanlığı ($U=-1.167$; $p=0.243$) ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir (Tablo 16). Beslenme sağlığın korunmasında ve hastalıkların

önlenmesinde önemli bir rol oynar. Yaşam tarzı hastalıklarına bağlı morbidite ve mortalite azalması, erken yaşamda tatmin edici beslenme alışkanlıklarının benimsenmesi ve uzun vadede sürdürülmesi durumunda sağlanabilir (Benazeera 2014). Adesina ve arkadaşlarının (2012) Nijerya’da 10-19 yaşlarındaki adölesanlarda yaptıkları çalışmanın sonucunda; her gün abur-cubur tüketenlerde haftada bir tüketenlere göre fazla kilolu olma durumunun daha çok görüldüğü belirlenmiştir. Jadhav ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında; BKİ’si yüksek olan adölesanların yaklaşık % 11’i nin haftada 5 kez fast-food tükettiği görülmüştür. Yaşla ve okul hayatıyla birlikte okul kantinlerinden ve okul dışında “fast food” satan yerlerden bu besinleri tüketme sıklığı artmaktadır. Bu tür besinlerin yağ içeriğinin yüksek olması, vitamin ve mineral içeriklerinin düşük olması dengesiz beslenmeye ve buna bağlı olarak da obezite ve kronik hastalıkların gelişmesine neden olmaktadır (Aksoydan ve Çakır 2011). Benazeera’nın 14-15 yaşlarındaki adölesanlarla yaptığı çalışma sonucunda beslenme alışkanlıkları ve BKİ arasında negatif bir ilişki olduğu görülmüştür. Mitchell ve arkadaşlarının çalışması sonucunda (2018); çocuk ve ergenlerde McDonalds’a giderek beslenme ve pizza tüketmenin BKİ ile ilişkili olduğu görülmüştür. Green ve arkadaşlarının adölesanlarda BKİ’nin okul ve ev arasındaki ortamlarla ilişkisini belirleme amaçlı İngiltere’de yaptıkları çalışma sonucunda (2018); çevrede fast-food satış noktalarının sayısı ve BKİ arasında pozitif ilişki görülmüştür. Adölesan dönemde ortaya çıkan karakteristik davranış örüntüleri, enerji dengesizliği ve beslenme durumu rahatsızlıklarına neden olabilir (Benazeera 2014).

Bu araştırmada öğrencilerde diyet yapma öyküsü olanların olmayanlara göre ($U=-8.248$; $p=0.000$) ve yemeyle ilgili bir sorunu olmayanların olanlara göre ($U=-1.669$; $p=0.039$) BKİ’nin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 16). Boutelle ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, hem obez hem de fazla kilolu gençler, fazla kilolu olmayan gençlerden daha sık diyet yaptıkları görülmüştür. Madruga ve arkadaşlarının (2010) çalışmalarında kilo kaybına yönelik diyet yapma ile BKİ arasında ilişki olduğunu belirlemiştir. Kadioğlu ve Ergün’ün (2015) çalışması sonucunda, obezite ve şişmanlarda diyet yapanların daha fazla olduğu görülmüştür. Okumuşoğlu’nun (2017) çalışmasında diyet yapan kadınlarda en önemli yordayıcının BKİ olduğu belirlenmiştir. Özellikle kadınlar başta olmak üzere bireyler kilo aldığı anda güzelliğini ve çekiciliğini kaybetme korkusu nedeniyle

bu durumu daha fazla sorun etmekte ve diyet yöntemlerine başvurmaktadır (Usta ve ark. 2015).

Bu araştırmada, öğrencilerin TV seyrederken yeme alışkanlığı ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($U=-0.077$; $p=0.938$) görülmemektedir (Tablo 16). TV izleme ve ekran başında vakit geçirme ile yapılan çalışmalara bakıldığında ilişki olmadığını (Ulutaş ve ark. 2014), belirten çalışmaların yanı sıra ilişki olduğunu ve daha fazla BKİ'ne neden olduğunu belirten çalışmalarda (Aksoydan ve Çakır 2011, Adesina ve ark. 2012, Jones ve Vaterleus 2014, Jadhav ve ark. 2014, Mitchell ve ark. 2018) vardır. Aksoydan ve Çakır'ın Kocaeli'de 319 öğrenci ile yaptığı çalışmada (2011), adölesanların günlük ortalama televizyon izleme süreleri zayıf gruptaki adölesanların günlük ortalama televizyon izleme süresi 2.1 ± 1.23 saat iken, şişmanlarda bu süre 2.9 ± 1.08 saat olup, BKİ ile TV izleme arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir. Adesina ve arkadaşlarının Nijerya'da 10-19 yaşları arasındaki adölesanlarda yaptıkları çalışmanın sonucunda (2012); günde 3 saatten fazla TV izleyenlerde fazla kilolu olma durumu, 5 saatten fazla izleyenlerde obezlik daha fazla görülmüştür. Scheineder ve arkadaşlarının (2013) belirttiğine göre; Andersen ve arkadaşları günde dört veya daha fazla saat televizyon izleyen gençlerin, günde iki saatten az izleyenlere göre daha fazla vücut yağına ve daha yüksek BKİ' ne sahip oldukları bulmuşlardır. Jones ve Vaterleus'un erken adölesanlarda yaptıkları çalışma sonucunda (2014); katılımcıların yaklaşık yarısının (% 48.2) yatak odasında bir televizyonu olduğu ve bu çocuklar arasında % 27'sinin aşırı kilolu olarak sınıflandırıldığı görülmüştür. Jadhav ve arkadaşlarının adölesanlara yönelik çalışmaları sonucunda (2014); BKİ yüksek olanların günde 5 saat TV izlediği ya da bilgisayar başında zaman geçirdiği görülmüştür. Mitchell ve arkadaşlarının çalışması sonucunda (2018), günde 5 saatten çok TV izleyenlerin günde 1 saatten az izleyenlere göre daha yüksek BKİ'ne sahip oldukları görülmüştür. TV başında fazla vakit geçirme fast-food, abur-cubur ve atıştırmalık yiyeceklerin daha fazla tüketilmesi ve ağırlık artışına neden olmaktadır (Aksoydan ve Çakır 2011).

Bu araştırmada, öğrencilerin ders çalışırken yeme alışkanlığı ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişki ($U=-0.258$; $p=0.796$) görülmemektedir (Tablo 16). Öğrencilerde stres ve sıkıntı yaratabilen ders çalışma durumunda yiyecek

bir şeylere yönelimleri, obeziteyi tetikleyen riskli bir davranıştır (Özmen ve ark. 2007).

5.14. Öğrencilerin Bedenini Algılaması ve Beden Uğraşısı ile BKİ Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bu araştırmada öğrencilerde kendisini kilolu bulanların normal bulanlara göre ($U=-15.359$; $p=0.000$) ve daha zayıf olmak isteyenlerin şimdiki gibi ve daha kilolu olmak isteyenlere, şimdiki gibi olmak isteyenlerin daha kilolu olmak isteyenlere göre BKİ'nin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek ($\chi^2=308.612$; $p=0.000$) olduğu görülmektedir (Tablo 17). Aksoydan ve Çakır'ın Kocaeli'de 319 öğrenci ile yaptığı çalışmada (2011), BKİ'ne göre zayıf olduğu belirlenen erkeklerin yalnızca % 50'si vücut ağırlıklarını zayıf olarak değerlendirirken, kilolu ve şişman olanların % 50'si de ağırlıklarını normal bulmaktadır. Zayıf olanların hiçbirisi kendini şişman olarak değerlendirmemiştir. Uskun ve Şabaplı'nın (2013) çalışmaları sonucunda da kendilerini aşırı kilolu /şişman algılayanların çoğunun BKİ'nin yüksek olduğu görülmektedir. Ata ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında kadınlarda da erkeklerde de obez olmayanların daha doğru beden algısına sahip oldukları, obez olanlarınsa kendilerini daha normal görmeye çalıştıkları belirtilmektedir. Karadamar ve arkadaşlarının (2015) Adana'da 750 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmasında; ergenlerin kilolu olduklarını düşünmelerine göre BKİ değerleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$). Fazla kilolu öğrencilerin % 86.7'si, obez öğrencilerin % 83.3'ü kilolu olduğunu düşünmektedir. Malezya'da yapılan bir çalışmada, çoğu kilolu, normal kilolu ve aşırı kilolu ergenler vücut ağırlık durumlarını BKİ'lerine göre doğru algıladığı, sadece normal BKİ'si olan kadınların% 20'sinin ve erkeklerin% 9'unun kendilerini aşırı kilolu olarak algıladığı görülmüştür (Khor ve ark. 2009). Wang ve arkadaşlarının Çin'de 7-18 yaş arası bireylerde yaptıkları çalışma sonucunda yaklaşık% 66.4'ü beden imajını doğru algılıyor, % 28.2'si gerçek beden imajını küçümsüyor ve% 5.4'ü kilo durumlarını abarttığı görülmektedir. Kappa testi bu gençlerin BKİ ile kilo algısı arasında anlamlı farklılık olduğunu belirtmiştir. Adölesanların bir kısmı kendi kilo durumlarını doğru bir şekilde sınıflandıramamaktadır. Adölesanların neredeyse üçte birinin vücut ağırlığını yanlış algıladığı görülmektedir (Ata ve ark. 2014, Wang ve ark. 2018). Bu farklılık cinsiyet ve etnik kökene göre değişmekte olup, erkeklerle karşılaştırıldığında, kızların yanlış anlamalarının daha muhtemel olduğu (% 27.3'e karşılık % 42.2) belirlenmiştir.

Adölesan bireyler, kendilerini öyle olmadıkları halde normal kilolu olarak algılasa obezite riski görülebilir (Ata ve ark. 2014).

Bu araştırmada, öğrencilerin kilosunu kontrol sıklığı ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişki ($\chi^2=-4.669$; $p=0.000$) görülmemektedir (Tablo 17). Bu sonuç literatür ile uyumlu görülmüştür (Alm ve ark. 2009, Özgen ve ark. 2012).

5.15. BKİ, YTT, VAÖ, RBSÖ ve BDÖ Arasındaki İlişkilerin Tartışılması

Bu araştırmada BKİ ile YTT arasında zayıf düzeyde pozitif ($r=0.079$; $p=0.013$) bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 18) . Bu durum birbiri içine geçmiş sarmal bir durum olarak değerlendirilebilir. Olumsuz yeme tutumuna sahip bireyler aşırı kilo alımı sonucu şişmanladıkları gibi; şişman bireylerde de, beden imajına yönelik olumsuz algıları sonucunda zayıflama amaçlı olumsuz yeme tutumları görülebilir. Özdemir'in (2014) yaptığı çalışmada öğrencilerde yeme bozukluğunda en büyük oranın şişmanlarda olduğu görülmüştür. Yeme tutumunu etkileyen en önemli değişkenlerden biri BKİ olup, fazla kilolu ve obez olan öğrencilerde normal kilolulara göre yeme bozukluğu riskinin 2 kat fazla olduğu görülmüştür (Tural Büyük ve Duman 2014). Ayrıca, zayıflarda da normallere göre yeme bozukluğu görülme olasılığı 2.9 kat fazla olduğu belirlenmiştir (Kadioğlu ve Ergün 2015). Kilolu ve obez olan öğrencilerde YTT daha olumsuz olmasının en önemli nedenlerinden biri alay konusu olması ve zorbacılığa maruz kalması olabilir. Obez ve fazla kilolu adölesanların, obez olmayan adölesanlardan önemli ölçüde daha fazla alay edildiği ve zorbalığa maruz kaldığı saptanmıştır (Haines ve ark. 2006, Gonzalez ve ark. 2012, Tonetti ve ark. 2015, Finn ve ark. 2018). Yapılan çalışmalarda bu araştırma bulgularını destekleyen sonuçların yansısı (Şengül ve Hekimoğlu 2005, Andreea-Elena 2015, Uzdil ve ark. 2017, Yıldırım ve ark. 2017, Ghraiyyah ve ark. 2018), ilişki olmadığını (Tanrıverdi ve ark. 2011, Özdemir 2014, Allihaibi 2015, Özdemir ve ark. 2016, Hemamalini ve ark. 2017, Uzun ve ark. 2018, Yıldırım 2018) ya da tam tersi negatif ilişki olup zayıf olanlarda (Uskun 2012, Uskun ve Şabaplı 2013, Tayfur 2018) BKİ'nin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da vardır. Çalışma sonuçlarında bu farklılığın yaş grubu farklılığı, test farklılığı ve kültür farklılığına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada BKİ ile VAÖ arasında zayıf düzeyde negatif ($r=-0.074$; $p=0.021$) bir ilişki görülmektedir (Tablo 18). Bu sonuç çalışmaların negatif beden algısı gelişiminde BKİ'nin önemli bir faktör olduğunu belirten çoğu çalışma sonuçlarıyla uyumludur (Latha ve ark. 2006, Teixeira ve ark. 2016, Behdarvandi ve ark. 2017, Kantanista ve ark. 2017, Okumuşoğlu 2017, Ahadzadeh ve ark. 2018, Tayfur 2018). Hamurcu ve arkadaşlarının (2015) alışma sonucuna göre beden algısının morbid obez olanlarda normal olanlara göre 5.48 kat daha düşük olduğu ortaya koyulmuştur. Adölesanlar arasında vücut memnuniyetsizliği giderilmesi gereken önemli bir halk sağlığı sorunudur. Televizyon ve kitle iletişim araçlarından önce insanların başkalarına nasıl grndği daha az önemliydi. Günümüzde insanlar başta medya olmak üzere kendi dışında insanların beklentilerinden ve beden tutumundan çok fazla etkilenmektedir. Kitlemel medya aralarındaki kızlarda zayıflık, erkeklerde kaslı vücut çekiciliği simgelemektedir. Bu nedenle adölesanlarda da zayıf olmak, BKİ'nin daha az olması beden algısı açısından önemlidir. Zayıflama ve incelik üzerindeki sosyal baskı, beden imajında etkili olmuş ve bu durum da bireylerin görünüşlerinden ve bedenlerinden mutsuz hissetmelerine neden olmuştur. Adölesan dönemde kız ve erkekler dergi, gazete ve sosyal medya başta olmak üzere ideal vücut ölçüleriyle ilgili verilen reklamlara güvenmekte ve bunları uygulamaktadır. Bu nedenle gösterilen hedefe ulaşamayan fazla kilolu ve şişman olmak, özellikle adölesan kızlar arasında beden imajından memnuniyet de dahil olmak üzere fiziksel ve zihinsel sağlığı etkileyen önemli faktörler olarak kabul edilmektedir (Yardımcı ve ark. 2016). Adölesan dönemde beden daha önem kazanmak olup, obezite daha fazla psikolojik sorunlara ve vücut algı bozukluklarına, bu sorunlar da daha fazla yemeye neden olabilir.

Bu araştırmada BKİ ve RBSÖ arasında negatif bir ilişki olmakla birlikte bunun istatistiksel olarak anlamlı derecede olmadığı ($r=-0.033$; $p=0.295$) görülmektedir (Tablo 18). Bu durum çalışmaya katılan adölesanların benlik saygılarının ortalamanın biraz altında olup, bedenlerinde oluşan değişimleri kabullenip uyum sağlamlarından ve tepkilerinin patolojik düzeyde olmamasından kaynaklanabilir. Ayrıca benlik saygısı üzerinde yaş, cinsiyet, aile tutumu, gelir durumu gibi farklı etkenlerin de rol oynaması (Wong 2014, Al-shehri ve ark. 2016) bu sonucun nedeni olabilir. Bu konuda yapılan alışmalar BKİ ve benlik saygısı arasında ilişki olmadığını belirtmenin yanı sıra (Latha ve ark. 2006, Malter-Cohen

2007, Özmen ve ark. 2007, Özdemir 2014, Wong 2014, Al-shehri ve ark. 2016), negatif ilişki olduğunu da belirtmektedir (Farida Habib ve ark. 2015, AlAhmari ve ark. 2017, Kılıçarslan ve Sanberk 2016).

Bu araştırmada BKİ ve BDÖ arasında pozitif bir ilişki olmakla birlikte bunun istatistiksel olarak anlamlı derecede olmadığı ($r=-0.033$; $p=0.298$) görülmektedir (Tablo 18). Kişinin kilosu arttıkça kilosunu azaltma mücadelesinden vazgeçtiği ve mücadeleden vazgeçtiklerinde daha az depresyona girebilecekleri düşünülebilir. Bu çalışma bulguları ile paralel çalışma sonuçlarının yanı sıra (Latha ve ark. 2006, Malter-Cohen 2007, Özmen ve ark. 2007, Askaria ve ark. 2013, Meagher ve ark. 2017), BKİ ve depresyon arasında özellikle kadınlarda olmak üzere pozitif ilişki (Revah-Levy 2011, Eidsdottir ve ark. 2014, Karagöl ve ark. 2014, Larsen ve ark. 2014, Namakin ve ark. 2016, Tashakori ve ark. 2016, Dolation ve ark. 2017, Lim ve Kim 2017, Pahalı ve ark. 2018) olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Ocampo ve arkadaşlarının lise öğrencilerine yönelik çalışmaları sonucunda (2017); fazla kilolu ve obez olanlarda bu yönde kilo bozukluğu olmayanlara göre 8.55 kat daha fazla depresyon riski olduğu gösterilmiştir. BKİ ile depresyon arasındaki ilişkide, özellikle de ağırlık ile ağırlık algısı önemlidir ve depresyonun bir risk faktörünü oluşturmaktadır. Vücut memnuniyetsizliği, adölesanlar arasında depresyona yol açtığı gösterilen diyet kısıtlamasına da katkıda bulunabilir. Ayrıca BKİ arttıkça fiziksel aktivitenin azalacak, endorfin düzeyleri etkilenecek, fiziksel hastalıklar artacak ve obez bireyin keyif verici ve doyum sağlayan etkinlikleri yapamaması psikolojik belirtileri ortaya çıkarabilecektir. Araştırmalar arasındaki fark kültür, stigmatizasyon düzeyi, beden imajı algıları ve yapıma dönemleri ve coğrafi bölge farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmada YTT ile VAÖ arasında negatif ($r=-.112$; $p=0.000$) bir ilişkinin olduğu ve vücut algısından memnun olmayanlarda daha fazla yeme bozukluğu olduğu görülmektedir (Tablo 18) . Bu sonuç, beden imajı memnuniyetsizliği ve uygunsuz yeme davranışlarının gelişmekte olan ülkelerdeki küçük şehirlerden bile kız ve erkekleri etkilediğini, yeme bozukluğu gelişme riskindeki popülasyonların erken tanınması için epidemiyolojik çalışmalar yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Çalışmanın bu sonucu literatürle uyumludur (Laus ve ark. 2013, Tural Büyük ve Özdemir 2014, Erdoğan ve Tütüncü 2015, Kadioğlu ve Ateş 2015). Toplum idealine

uyuma arzusu olan ve bazen bunu başarmakta zorlanan adölesanlar sağlıklı yeme tutum/davranışları ve buna ulaşmak için diğer yaşam tarzı değişiklikleri geliştirebilir. Bu nedenle, bedenin bilincinde bozulma, bir nesne olarak veya vücuda olumsuz yönde etki eden anormal yeme tutumu ile sonuçlanabilir. Olumsuz beden algısı olanlarda yeme bozukluğu oranı % 10-% 29 olarak görülmüştür (Erdoğan ve Tütüncü 2015). Bireylerde beden algısı bozuldukça ortaya çıkan olumsuz yeme tutumları ayrıca kilo kontrolü için sağlıklı ve uygun olmayan çabalara yönelik risk yaratabilir.

Bu araştırmada YTT ile RBSÖ arasında pozitif ($r=.190$; $p=0.000$) bir ilişkinin olduğu ve benlik saygısı düşük daha fazla yeme bozukluğu olduğu görülmektedir (Tablo 18). Bu sonuç literatür ile uyumludur (Tanrıverdi ve ark. 2011, Oktan 2014, Teixeira ve ark. 2016, Koleoso ve ark. 2018). Literatürde yeme bozukluğu semptomlarında azalmanın en belirgin belirleyicisi benlik saygısında yükselme olarak belirlenmiştir (Tanrıverdi ve ark. 2011).

Bu araştırmada YTT ile BDÖ arasında pozitif ($r=.272$; $p=0.000$) bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Tablo 18). Andreea-Elena'nın Romanya'daki 15-19 yaşları arasındaki adölesanlarda yaptığı çalışma sonucunda (2015); bir yeme bozukluğu gelişme riski ile kaygı ve depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Puccio ve arkadaşlarının (2016) sistematik gözden geçirme ve meta-analiz çalışması sonucunda da, yeme patolojisinin depresyon için risk faktörü ve depresyonun da yeme patolojisi için risk faktörü oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Pearson ve arkadaşları da (2015) hem dürtüselliğin hem de depresif durumun çok erken yaşlardan başlayarak tikanırcasına yeme davranışıyla ilişkili olduğunu ve bunu arttırdığını belirtmektedir. Yeme tutumu bozuk olanlarda fiziksel olarak ideal vücuda ulaşamama, kilo kontrol edici davranışlar (diyet, kısıtlama, yememe gibi) ve kalori yoksunluğu depresyona neden olabilir. Yine depresyonda olan bireyler bilinçli ya da bilinçsiz yeme tutumlarında bozulmalar göstermektedir. Yeme bozukluğu ve majör depresyon komorbiditesi % 31-50 oranında gösterilmiştir (Puccio ve ark. 2016).

Bu araştırmada, VAÖ ile RBSÖ arasında orta düzeyde pozitif ($r=.435$; $p=0.000$) ilişki olduğu, beden algısı arttıkça benlik saygısının da arttığı görülmektedir (Tablo 18). Bu sonuç beden algısının kişinin benlik saygısının önemli

bir yönünü oluşturduğunu vurgulamaktadır. Bu sonuç literatür ile uyumluluk göstermektedir (Oktan ve Şahin 2010, Gökçe 2017).

Bu araştırmada, VAÖ ile BDÖ ile orta düzeyde negatif ($r=-.413$; $p=0.000$) ilişki görülmektedir (Tablo 18). Ayrıca, şiddetli depresyon durumlarında vücut memnuniyetsizliğinin gözlenebileceği öne sürülmektedir. Vücuda yönelik tutum ve algı kişinin psikolojik durumunu gerçek vücut şeklinden / ağırlığından daha fazla etkiler (Aktaran 2018). Çeber ve arkadaşları (1996) beden algısının değişmesi ile birlikte; bireyin benlik kavramındaki tepkilerinin değiştiğini ve özgüveninin sarsıldığını ifade etmiştir. Bu nedenle olumlu beden algısına sahip olmak ruh sağlığını korumak açısından önem taşımaktadır (akt.: Aydın ve Vural 2018). Bunun yanı sıra, beden imgesinden memnuniyetsizlik anksiyete, düşük benlik saygısı, akran izolasyonu ve intihar düşünceleri üretebilir ve ruhsal sağlığı yetişkinlikte de etkilemeye devam edebilir (Lim ve Kim 2017).

Bu araştırmada RBSÖ ile BDÖ arasında orta düzeyde negatif ($r=-.461$; $p=0.000$) ilişki görülmektedir (Tablo 18). Rosenberg (1965), benlik saygısı düşük olan kişilerin daha çökkün ve izole yaşadıklarını söylemiştir (akt.:Tunçelli, 2008). Depresyonun kognitif belirtilerinden ve risk faktörlerinden biri de düşük benlik saygısıdır. Benlik saygısı da, genç erişkinlerde depresif belirtilerin öngörülmesinde önemli bir faktör olup; erkekler vücutlarını güçlerine göre değerlendirirken, kadınlar bunu bazı kısımlarının inceliği ve şekline göre yapmaktadır (Ocampo ve ark. 2017, Minev 2018). Bunun yanı sıra adölesanlarda benlik saygısının düşüklüğü; adölesanın hastalıklara karşı direncini ve yakın ilişkiler kurabilme yeteneğini azaltarak daha fazla duygusal sorunlarla karşılaşmasına neden olabilir. Şahin Baltacı ve Altan'ın çalışmalarında (2016) depresyonun benlik saygısının önemli bir yordayıcısı olduğu, Tekir ve arkadaşlarının çalışmasında (2018) depresyon ve benlik saygısı arasında orta düzeyde negatif anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Tripković ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında da, erken adölesan dönemde (13 yaş) depresyon ve benlik saygısı arasında ilişki olduğu, kognitif depresyon boyutuna göre erkekler ve kızlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, istatistiksel olarak anlamlı duygusal depresyon düzeyi kızlarda erkeklerden daha yüksektir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1.SONUÇ

Lise öğrencilerinde beden kitle indeksinin yeme tutumu, beden imgesi, benlik saygısı ve depresif belirtiler üzerine etkisinin araştırılması amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda;

Öğrencilerin;

- % 73 ünün BKİ 'nin normal sınırlarda olduğu, % 6.4'ünün fazla kilolu ve % 0.06'sının obez olduğu,
- BKİ'nin 14 yaşında ergenliğin başında kızlarda fazla olduğu, 17-18 yaşlarında ise erkeklerde daha fazla olduğu,
- % 88.3 'ünün sağlık sorunu yaşamadığı, % 90.7' sinin, ruhsal sağlık sorunu öyküsü olmadığı, % 98' inin ruhsal tedavi öyküsü olmadığı, % 59.6'sının düzenli fiziksel aktivite yapmadığı ve % 78.2' sinin son bir yıl içerisinde yaşamını etkileyen herhangi bir olay yaşamadığı,
- % 48.8'nin beslenmesini orta düzey olarak tanımladığı, % 80.6' sının diyet yapmadığı, % 54.8'nin kahvaltı yapmadığı, %74'ünün öğle yemeği yediği, % 82.3'ünün akşam yemeği yediği, % 52 'sinin ara öğün tüketmediği, % 62.2'sinin abur-cubur tükettiği, % 68.1'inin TV seyrederken yeme alışkanlığının olduğu, % 58.3'ünün ders çalışırken yeme alışkanlığının olmadığı ve % 85.9' unun yemeyle ilgili sorun yaşamadığı ,
- % 69.9'unun kilosunu normal bulduğu, %46.4' ünün şimdiki beden ölçüleri gibi olmak istediği, % 47 'sinin kilosunu ayda bir kontrol ettiği, % 67.1' inin kendisi, ailesi veya arkadaşlarının kilo verme yöntemi uygulamadığı ve % 42.2' sinin kendisinin kilo verme yöntemi uyguladığı,
- Kilo aldıklarını düşündüklerinde ilk üç sırada sırasıyla spor yaptıkları, abur-cubur yemedikleri ve öğün atladıkları,
- Yeme tutumlarının normal ve sağlıklı olduğu, vücut algılarının olumlu olduğu, benlik saygılarının düşük olduğu, depresif belirti düzeylerinin düşük olduğu,
- % 53.2'sinin yeme tutumu açısından düşük riskte oldukları yani büyük çoğunlukta sağlıklı beslenme tutumunun görüldüğü,

- % 64.6'sının düşük benlik saygısına sahip olduğu,
- %53'ünün bedenine ilişkin doyum düzeyinin düşük olduğu,
- % 41'inde depresyon olmadığı, % 10'unda şiddetli düzeyde depresif belirti olduğu,
- Cinsiyetin, aile tipinin, anne eğitim düzeyinin, baba eğitim düzeyinin ve başarı durumunun BKİ' yi etkilemediği,
- Kentsel bölgede yetişenlerin kırsal bölgede yetişenlere göre BKİ'nin daha yüksek olduğu,
- BKİ'nin maddi durumu iyi olanlarda daha yüksek olduğu,
- Sağlık/ hastalık durumlarının BKİ' yi etkilemediği ,
- Beslenme düzeyi, düzenli kahvaltı etme alışkanlığı, düzenli öğle yemeği yeme alışkanlığı, düzenli akşam yemeği yeme alışkanlığı, ara öğün tüketimi, abur-cubur yeme alışkanlığı, TV seyredirken yeme alışkanlığı, ders çalışırken yeme alışkanlığı ile BKİ arasında ilişki olmadığı,
- Diyet yapma öyküsü olanların ve yemeyle ilgili sorun yaşamayanların BKİ'nin daha yüksek olduğu,
- Kiloyu kontrol sıklığı ile BKİ arasında ilişki olmadığı,
- Kendilerini kilolu bulanların normal bulanlara göre, daha zayıf olmak isteyenlerin şimdiki gibi ve daha kilolu olmak isteyenlere, şimdiki gibi olmak isteyenlerin daha kilolu olmak isteyenlere göre, kendisi, ailesi veya arkadaşları kilo verme yöntemi uygulayanların uygulamayanlara göre BKİ'nin daha yüksek olduğu,
- BKİ ile YTT arasında zayıf düzeyde pozitif, BKİ ile VAÖ arasında zayıf düzeyde negatif, YTT ile VAÖ arasında zayıf düzeyde negatif, YTT ile RBSÖ arasında zayıf düzeyde pozitif, YTT ile BDÖ arasında zayıf düzeyde pozitif, VAÖ ile RBSÖ arasında orta düzeyde pozitif, VAÖ ile BDÖ arasında orta düzeyde negatif, RBSÖ ile BDÖ arasında orta düzeyde negatif ilişki olduğu görülmüştür.

6.2. ÖNERİLER

- Çocuk ve adölesanların yaşam biçiminin gelişiminde en önemli yere sahip olan ailelere sağlıklı beslenme hakkında eğitim verilmeli,
- Sağlık kuruluşları tarafından ergenlere kahvaltı yapma alışkanlığı kazandırmak için, öğrenci ve ailelere kahvaltının önemi konusunda bilgilendirme yapılmalı,
- Kilosundan ve beden imajından memnun olmayan ve diyet konusunda tecrübesi olmayan adölesanlara özel dikkat gösterilmeli,
- Birinci basamak sağlık çalışanları tarafından kronik sağlık sorunlarının erken belirlenmesi için okullarda düzenli aralıklarla kan basıncı, boy-vücut ağırlığı, bel-kalça oranı gibi sağlık taraması yapılmalı ve yüksek risk grubunda çıkanlar Psikiyatri ve Çocuk Uzmanlarına yönlendirilmeli,
- Okulların fast-food yerlerine uzak olması ve okullarda yemekhanelerin olması sağlanmalı,
- Okul ve çevresinde sosyal ve sportif aktivitelerin yapılabileceği fiziksel koşulların sağlanmalı ve öğrenciler fiziksel aktiviteye yönlendirilmeli,
- Araştırma sınırlı bir coğrafi alanda, Türkiye Kars ili merkez ilçesinde yapılmış olup çalışmayı Türkiye'nin diğer bölgelerine yaymak için gelecekte daha büyük metropol alanları içeren çalışmalar yapılmalı,
- Depresyonun obeziteye veya obezitenin depresyona neden olup olmadığını anlamak için daha fazla çalışma yapılmalı,
- Gelecekteki çalışmalarda anket sorularına ebeveyn kilosu ve katılımcıların tacize uğrayıp uğramadıkları sorusu eklenmeli,
- Bu çalışmada veriler tek bir kaynak olarak adölesanlardan elde edilmiştir. Fakat adölesanın beslenmesinde ve buna bağlı sosyalleşmesinde aile ve yakın arkadaşlar çok önemlidir. Bu nedenle gelecek çalışmalarda adölesanın yanı sıra aile ve yakın arkadaşlarda içerilmelidir.

7. KAYNAKLAR

Adesina AF, Peterside O, Anochie I, Akani NA: Weight status of adolescents in secondary schools in port Harcourt using body mass index (BMI). *Ital J Pediatr*, 38(1): 31, 2012.

Ahadzadeh AS, Rafik-Galea S, Alavi M, Amini M: Relationship between body mass index, body image, and fear of negative evaluation: Moderating role of self-esteem. *Health psychology open*, 5(1): <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2055102918774251>, 2018. Erişim Tarihi:23.05.2019.

Ahmad M, Ahmed H, Airede K: Body mass index among school adolescents in Sokoto, North-Western Nigeria. *Sahel Med J*, 16(1):5-9, 2013.

Akman M, Tüzün S, Ünal PC: Adölesanlarda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite durumu. *Nobel Med*, 8(1): 24-29, 2012.

Aksoydan E, Çakır N: Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Derg*, 53(4): 268-269, 2011.

Aktaran AK: The Relationship Between Body Image And Self-Compassion In University Students: The Mediation Effect Of Attachment. Bahçeşehir Üniv, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.

ALAhmari T, Alomar AZ, ALBeeybe J, Asiri N, ALAjaji R, ALMasoud R, Al-Hazzaa HM: Associations of self-esteem with body mass index and body image among Saudi college-age females. *Eat Weight Disord.*, 1-9, 2017.

Allihaibi MM: Disordered eating attitudes among secondary schoolgirls in Al-Iskan sector, Makkah Al-Mukarramah, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 4(7): 939-946, 2015.

Alm ME, Neumark-Sztainer D, Story M, Boutelle KN: Self-weighing and weight control behaviors among adolescents with a history of overweight. *J Adolesc Health*, 44(5): 424-430, 2009.

Alpaslan AH, Soylu N, Kadriye AVCI, Coşkun KŞ, Kocak U, Taş HU: Disordered eating attitudes, alexithymia and suicide probability among Turkish high school girls. *Psychiatry research*, 226(1): 224-229, 2015.

Al-shehri AD, Aljuaid TA, Alzaid BA, Alasmari HD, Alswat KA: Relation between body mass index and self esteem in adolescents. *International Journal of Current Research*, 8(2): 26116-26121, 2016.

Ançel G: Depresif Bozukluklar. Özcan CT, Gürhan N(Eds): Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri "Kanıt Dayalı Uygulama Bakım Kavramları" Bakım Sanatı. s. 378-427. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, 2016.

Andreea-Elena M: The risk of eating disorders in adolescence and its association with the value of the body mass index, level of anxiety and level of depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 187: 141-146, 2015.

Arslanoğlu E: Adölesan Voleybolculara Uygulanan Yapılandırılmış Grup Müdahalesinin Yeme Tutumu, Depresyon Düzeyi, Beden Algısı Ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisi. Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, 2015.

Askari J, Hassanbeigi A, Khosravi HM, Malek M, Hassanbeigi D, Pourmovahed Z, Alagheband M: The relationship between obesity and depression. *Procedia-social and behavioral sciences*, 84: 796-800, 2013.

Assari S: The link between mental health and obesity: Role of individual and contextual factors. *Int J Prev Med*, 5(3): 247-249, 2014.

Ata A, Vural A, Keskin F: Beden algısı ve obezite. *Ankara Med J*, 14(3): 74-84, 2014.

Aydın M, Vural GZ: Üniversite öğrencilerinin beden imgelerinin yaşam niteliklerine etkisi. *Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi*, 4(3): 111-121, 2018.

Bakalar J L, Barmine M, Druskin L, Olsen CH, Quinlan J, Sbrocco T, Tanofsky-Kraff M: Childhood adverse life events, disordered eating, and body mass index in US Military service members. *Int J Eat Disord*, 51(5): 465-469, 2018.

Behdarvandi M, Azarbarzin M, Baraz S: Comparison of Body Image and its Relationship with Body Mass Index (BMI) in High School Students of Ahvaz, Iran. *Int J Pediatr*, 5(2): 4353-4360, 2017.

Benazeera UJ: Association between eating habits and body mass index (BMI) of adolescents. *Int J Med Sci Public Health*, 3(8): 940-943, 2014.

Bostancı Daştan N: Çocukluk ve Adolesan Dönemde Beslenme ve Beslenme Sorunları. Haspolat YK, Yolbaş İ, Aktar F, Ertuğrul S (Eds): *Çocuklarda ve Ergenlerde Beslenme*. s.83-115. Orient Yayınları, Ankara, 2018.

Boutelle K, Neumark-Sztainer D, Story M, Resnick M: Weight control behaviors among obese, overweight, and nonoverweight adolescents. *J Pediatr Psychol*, 27(6): 531-540, 2002.

Bozlar V: Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Beden Kitle İndeksi Ve Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Kafkas Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kars, 2016.

Bunsuz E: Kadınlarda Bel Çevresi ve Beden Kitle İndeksi ve Beck Depresyon Envanteri Puanlaması Arasındaki İlişkinin Saptanması. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2018.

Catalano RF, Fagan AA, Gavin LE, Greenberg MT, Irwin CE, Ross DA, Shek DTL: Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet*, 379(9826): 1653-1664, 2012.

Cengiz Y: Obez Ergenlerde Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Ruhsal Durum Değerlendirilmesi. İstanbul Üniv, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2011.

Clemente APG, Santos CDL, Benedito-Silva AA, Sawaya AL: Body mass index of adolescents: comparison among different references. *Rev Paul Pediatr*, 29(2): 171-177, 2011.

Çetinkaya A, Tayhan A, Özmen D, Uyar F, Şahin Büyük D: Beden kitle indeksleri ve beden algılarına göre adölesanların yaşam biçimlerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 20(3): 160-169, 2017.

Çuhadaroğlu F: Adölesanlarda Benlik Saygısı. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 1986.

Demir V, Çelepkolu T. Çocuk ve Adölesanda Obezite. Haspolat YK, Yolbaş İ, Aktar F, Ertuğrul S. (Eds): *Çocuklarda ve Ergenlerde Beslenme*. s.155-173. Orient Yayınları, Ankara, 2018.

Dil S, Sentürk SG, Girgin BA: Çankırı ilinde ergenlerin benlik saygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının riskli sağlık davranışları ve bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(1): 51-59, 2015.

Dolatian A, Arzaghi SM, Qorbani M, Pishva H: The relationship between Body Mass Index (BMI) and depression according to the rs16139NPY gene. *Iran J Psychiatry*, 12(3): 201-205, 2017.

Dolgun G, İnal S, Uğurlu F: Ergen sağlığının sürdürülme ve geliştirilmesinde hemşirenin rolü. *Türk Pediatri Arşivi*, 46(11): 4-8, 2011.

Eidsdottir ST, Kristjansson AL, Sigfusdottir ID, Garber CE, Allegrante JP: Association between higher BMI and depressive symptoms in Icelandic adolescents: the mediational function of body image. *Eur J Public Health*, 24(6): 888-892, 2014.

Elsenburg LK, Smidt N, Liefbroer AC: The longitudinal relation between accumulation of adverse life events and body mass index from early adolescence to young adulthood. *Psychosom Med*, 79(3): 365-373, 2017.

Engin E, Ergün G. Depresyon. Çam O, Engin E (Eds): *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. s: 335-366. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2014.

Erdoğan EG, Akın B: Lise öğrencilerinde beden kitle indeksi durumunun sosyodemografik ve beslenme özellikleri ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences*, 14(2): 1571-1589, 2017.

Erdoğan Ö, Tütüncü İ: Üniversite öğrencilerinin beden algısı, yeme tutumu ve yakın ilişki kurma düzeyleri arasındaki ilişki. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 17: 89-115, 2015.

Eriş Y, İkiz FE: Ergenlerin benlik saygısı ve sosyal kaygı düzeyleri arasındaki ilişki ve kişisel değişkenlerin etkileri. *Turkish Studies*, 8(6): 179-193, 2013.

Esen İ: Adölesanda Büyümenin Değerlendirilmesi. Haspolat YK, Büyükgebiz A, Yolbaş İ, Aktar F. (Eds): *Puberte*. s.153-161. Orient Yayınları, Ankara, 2017.

Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç: Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4): 382-389, 2008.

Farida Habib PHD, Haya Alfozan MD, ABOG S, Najla Barnawi MNS, Wojdan Al Motairi B SN: Relationship between Body Mass Index, Self-esteem and Quality of Life among Adolescent Saudi Female. 5(10): 130-139, 2015.

Finn KE, Faith MS, Seo YS: School Engagement in Relation to Body Mass Index and School Achievement in a High-School Age Sample. *Journal of obesity*, 2018. <https://www.hindawi.com/journals/job/2018/3729318/abs/> Erişim tarihi:23.05.2019.

Fokeena WB, Jeewon R: Is there an association between socioeconomic status and body mass index among adolescents in mauritius?. *The Scientific World Journal*, 2012. <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2012/750659/abs/> Erişim tarihi:23.05.2019.

Gatineau M, Dent M: Obesity and mental health. *National Obesity Observatory, Oxford*. 2011. <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/obesity-and-mental-health/r/a11G00000017trJIAQ> Erişim tarihi:23.05.2019.

Ghraiyyah T: Prevalence and Correlates of Disordered Eating Attitudes among Jordanian Adolescents. *Arab Journal of Nutrition and Exercise (AJNE)*, 3(2): 35-53, 2018.

Gonzalez A, Boyle MH, Georgiades K, Duncan L, Atkinson LR, MacMillan HL: Childhood and family influences on body mass index in early adulthood: findings from the Ontario Child Health Study. *BMC Public Health*, 12(1): 755-764, 2012.

Gökçe G: Lise Öğrencilerinde Benlik Saygısı ve Beden Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.

Gökdemir GŞ. ve Güzel C: Adolesan Dönemde Fizyolojik Değişiklikler. Haspolat YK, Büyükgebiz A, Yolbaş İ, Aktar F.(Eds): Puberte. s.141-151. Orient Yayınları, Ankara, 2017.

Göksan Yavuz B, Yeser İ, Karamustafaloğlu O, Bakım B, Gündoğar A: Effects of parental attitudes among a group of high school students in İstanbul. *Arch Neuropsychiatr* , 52: 19-23, 2015.

Green MA, Radley D, Lomax N, Morris MA, Griffiths C: Is adolescent body mass index and waist circumference associated with the food environments surrounding schools and homes? A longitudinal analysis. *BMC public health*, 18(1): 482, 2018. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5383-z> Erişim Tarihi: 23.05.2019.

Guiné RP, Fernandes SR, Abrantes JL, Cardoso AP, Ferreira M: Factors affecting the body mass index in adolescents in Portuguese schools. *Croatian Journal of Food Technology, Biotechnology and Nutrition*, 11(1-2): 58-64, 2016.

Gübür M: The Comparison Of Healthy Eating Index Values Of Female Patients Between 25-30 And 30-40 Body Mass Index Between 18-65 Years Who Apply To A Special Hospital Nutrition And Diet Policilinic. Yeditepe University, Institute Of Health Sciences, Master's Thesis, İstanbul, 2017.

Güleç Öyekçin D, Melih Şahin E: Yeme bozukluklarına yaklaşım. *Türk Aile Hek Dergisi* 15(1): 29-35, 2011.

Güvenen G: Sosyal Medya ve Kitle İletişim Araçlarının Lise Öğrencilerinin Beden Algısı ve Sosyal Görünüş Kaygısı Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.

Güzey M: Kadınlarda Ağırlık Yönetiminin Yeme Tutum Davranışı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.

Haines J, Neumark-Sztainer D, Eisenberg ME, Hannan PJ: Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: longitudinal findings from Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics*, 117(2): 209-221, 2006.

Halfon N, Larson K, Slusser W: Associations between obesity and comorbid mental health, developmental, and physical health conditions in a nationally representative sample of US children aged 10 to 17. *Acad Pediatr*, 13(1): 6-13, 2013.

Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş: Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. *Türk Aile Hek Derg*, 19 (3): 122-128, 2015.

Hekim M, Yüksel Y: Ortaokul öğrençilerinin beden kitle indeksi ve fiziksel aktivite düzeylerinin yağ, cinsiyet ve spor yapma durumlarına göre ncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2): 259-269, 2015.

Hemamalini M, Silambuselvi K, Ramya Rathi Devi M: Relationship Between Eating Attitude and Body Mass Index Among Adolescents in Selected College, Kancheepuram District. *Int J Pharm Bio Sci*, 9(10): 649-653, 2017.

Hisli N: Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. Psikoloji Dergisi, 22: 118-126, 1989.

Hisli N: Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği Güvenirliği, Psikoloji Dergisi, 23: 3-13, 1989.

Hovardaoglu S: Vücut Algısı Ölçeği. Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi, 1(1): 26-27, 1993.

Huh D, Stice E, Shaw H, Boutelle K: Female overweight and obesity in adolescence: Developmental trends and ethnic differences in prevalence, incidence, and remission. J Youth Adolesc, 41(1): 76-85, 2012.

Işık N: Düzenli Sporun Beden Algısı ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.

Jadhav R, Pande V, Agarkhedkar S: Life-style factors and body mass index in adolescents. Med J DY Patil Univ , 7(2): 258-259, 2014.

Jones RM. ve Vaterlaus JM: Early adolescent body mass index and the constructed environment. J Adolesc, 37(5): 567-576, 2014.

Kadioğlu M, Ergün A: Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. Müsbed, 5(2): 96-104, 2015.

Kantanista A, Król-Zielińska M, Borowiec J, Osiński W: Is underweight associated with more positive body image? Results of a cross-sectional study in adolescent girls and boys. Span J Psychol, 20: 2017.

Karadamar M, Yiğit R, Sungur MA: Ergenlerin kiloları ile ilgili algıları ve kilo kontrolüne yönelik davranışlarının incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 17(1): 51-61, 2015.

Karagöl A, Özçürümez G, Taşkıntuna N, Nar A: Beden kitle indeksinin depresyon ve aleksitimi ile ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 15(3): 207-213, 2014.

Kars V, Arslan N, Erik L, Avcı N, Bucaktepe PG, Celepkolu T, şahin HA: Lise son sınıf öğrencilerinin meslek seçiminde karşılaştığı sorunlar ve bu sorunların anksiyete ve depresyonla ilişkisi. Dicle Tıp Derg, 41(1): 187-190, 2014.

Khor GL, Zalilah MS, Phan YY, Ang M, Maznah B, Norimah AK: Perceptions of body image among Malaysian male and female adolescents. Singapore Med J, 50(3): 303-311, 2009.

Kılıçarslan S, Sanberk İ: The study of the relationship between the self esteem, body mass index and life quality of adolescents. Journal of Human Sciences, 13(2): 3211-3220, 2016.

Kimani-Murage EW, Kahn K, Pettifor JM, Tollman SM, Dunger DB, Gómez-Olivé XF, Norris SA: The prevalence of stunting, overweight and obesity, and metabolic disease risk in rural South African children. BMC public health, 10(1): 158, 2010.

Koleoso ON, Akanni OO, James JO: Body Image Objectification and Disordered Eating Attitudes Among Secondary School Students of South-West Nigeria. Int J School Health. 5(2): 2018. <http://intjsh.com/en/articles/66891.html> Erişim Tarihi:23.05.2019.

Komar İkan AD: Investigation Of Relationship Between Body Mass Index And Breakfast Habits Of University Students. Yeditepe University, Institute Of Health Sciences, Master Thesis, İstanbul, 2018.

Köksoy S, Barutcu CD, Polat M: Beden kitle indeksinin mesleğe kabul ve devamındaki önemi. 4. Ulusal Meslek Yüksekokulları Sosyal Ve Teknik Bilimler Kongresi Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, 1100-1108, 2017.

Köse D: Orta ve Geç Adölesanlarda Beslenme Alışkanlıklarının Beden Kitle İndeksi ve Kan Basıncı Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.

Kuyumcu G: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. ve 6. Sınıf Öğrencilerinde Vücut Kitle İndeksi ve Bazı İlişkili Etmenler. Ankara Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2007.

Latha KS, Hegde S, Bhat SM, Sharma PSVN, Rai P: Body Image, Self-Esteem and Depression in Female Adolescent College Students. Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health, 2(3): 78-84, 2006.

Larsen JK, Otten R, Fisher JO, Engels RC: Depressive symptoms in adolescence: a poor indicator of increases in body mass index. J Adolesc Health, 54(1): 94-99, 2014.

Larson K, Cull WL, Racine AD, Olson LM. Trends in access to health care services for U.S. children 2000-2014. Pediatrics, 138(6): 2016-2176, 2016
<https://pediatrics.aappublications.org/content/138/6/e20162176.abstract> Erişim Tarihi:23.05.2019.

Laski L: Realising the health and wellbeing of adolescents. Bmj, 351: 15-18, 2015.

Laus MF, Ghidini Souza M, Margarido Moreira RDC, Braga-Costa TM: Body image dissatisfaction, nutritional status, and eating attitudes in adolescents. Acta Scientiarum. Health Sciences, 35(2): 243-247, 2013.

Lim Y, Kim B: Body mass index, body weight perception, and depressed mood in Korean adolescents. Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28(1): 31-37, 2017.

Madruza S W, Azevedo MRD, Araújo CL, Menezes A, Hallal PC: Factors associated with weight loss dieting among adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. Cad Saude Publica, 26(10): 1912-1920, 2010.

Malter-Cohen M: Adolescent Body Mass Index in Relation to Depression, Self-Esteem, and Academic Achievement. Graduate Student Journal of Psychology, 9: 10-15, 2007.

Meagher SM, Leidig M, Price LL, Biever E: The relationship between depressive symptoms and BMI in adolescents enrolled in a weight management program. Children's Health Care, 46(3): 301-314, 2017.

Mertekçi T: Lise Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Vücut Kitle İndeksi'nin Postür ve Ağrı Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.

Minev M: Self-esteem And Depression In Adolescents. Trakia Journal of Sciences, 16(2): 119-127, 2018.

Mitchell EA, Stewart AW, Braithwaite I, Murphy R, Hancox RJ, Wall C, Beasley R, ISAAC Phase Three Study Group: Factors associated with body mass index in children and adolescents: An international cross-sectional study. PloS one, 13(5): 196-221, 2018.

Must A, Anderson SE: Body mass index in children and adolescents: considerations for population-based applications. Int J Obes, 30(4): 590-594, 2006.

Mutallıgınova S: Lise Öğrencilerinde Depresyon Düzeyi ve Anne Baba Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.

Namakin K, Molae N, Sharifzadeh G, Javadinia SA: Anxiety and depression in adolescents with abnormal body mass index with normal population. *Fundamentals of Mental Health*, 18(6): 357-360, 2016.

Navruz S, Nilüfer ACAR: Yüksek proteinli diyet akımlarının vücut ağırlığının korunması ve sağlık üzerine kısa ve uzun dönemli etkileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1): 656-673, 2014.

Obesity and Mental Health. National Obesity Observatory., <https://khub.net/documents/31798783/32039025/Obesity+and+Mental+Health.pdf/18cd2173-408a-4322-b577-6aba3354b7ca?download=true>) Erişim Tarihi:16.05.2019

Ocampo J, Guerrero M, Espín L, Guerrero C, Aguirre R: Asociación entre índice de masa corporal y depresión en mujeres adolescentes. *Int J Morphol.*, 35(4): 1547-1552, 2017.

Oğur S, Aksoy A, Kendilci EA: Bitlis ili'ndeki obez çocuğa sahip ebeveynlerin obeziteye ve çocuklarına yaklaşımı. *BEÜ Fen Bilimleri Dergisi*, 5(2): 210-224, 2016.

Oktan V: Ergenlerde Kendine Zarar Verme Davranışının Risk Alma Davranışı ve Benlik Saygısı Açısından İncelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 39(175): 646-655, 2014.

Oktan V Şahin M: Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası insan bilimleri dergisi*, 7(2): 543-556, 2010.

Okumuşoğlu S: Diyet yapan kadınlarda beden algısı, benlik saygısı, yaş ve vücut kitle indeksi ilişkisinin araştırılması. *Ulakbilge*, 5 (13): 1171-1181, 2017.

Onyiriuka AN, Ikuren JI, Onyiriuka RC: Body mass index of Nigerian adolescent urban secondary school girls. *Rom J Diabetes Nutr Metab Dis*, 22(2): 151-157, 2015.

Oruçular Y: Vücut Algısının Aracı Rolü Üzerinden Özerk-ilişkisel Benlik Özellikleri Ve Yeme Tutumu İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.*

Oto R: Gençlik Dönemi ve Sorunları. Haspolat YK, Büyükgebiz A, Yolbaş İ, Aktar F (Eds): *Puberte*. s.163-169. *Orient Yayınları, Ankara, 2017.*

Önal Z, Adal E: Çocukluk Çağında Obezite. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(Ek sayı 1): 39-44, 2014.

Öncü B, Sakarya D: Yeme Bozukluklarında Özkıyım Davranışı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1): 48-59, 2013.

Özcan H, Subaşı B, Budak B, Çelik M, Gürel ŞC, Yıldız M: Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve anksiyete ilişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 3(3): 107-113, 2013.

Özdemir A: Lise Öğrencilerinin Vücut Kitle İndeksi ile Yeme Davranışı Bozukluğu, Benlik Kavramı ve Kendini Algılama Arasındaki İlişki. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Sivas, 2014.*

Özgen L, Kınacı B, Arlı M: Eating attitudes and behaviors of adolescents. *Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences*, 45(1): 229-247, 2012.

Özmen D, Özmen E, Ergin D, Cetinkaya AC, Sen N, Dundar PE, Taskin EO: The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health*, 7(1): 80-86, 2007.

Öztop DB: Adolesanda Ruhsal Sorunlar. *Türk Aile Hek Derg*, 16(Suppl): 14-18, 2012.

Pahalı C: Beden Kitle İndeksinin Anksiyete ve Depresyon Belirtileri ile İlişkisi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.

Pearson CM, Zapolski TC, Smith GT: A longitudinal test of impulsivity and depression pathways to early binge eating onset. *Int J Eat Disord* 48(2): 230-237, 2015.

Puccio F, Fuller-Tyszkiewicz M, Ong D, Krug I: A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *Int J Eat Disord*. 49(5): 439-454, 2016.

Radmanović-Burđić M, Gavrić Ž, Burđić S: Eating attitudes in adolescent girls. *Psychiatr Danub*, 23(1): 64-68, 2011.

Revah-Levy A, Speranza M, Barry C, Hassler C, Gasquet I, Moro MR, Falissard B: Association between Body Mass Index and depression: the " fat and jolly" hypothesis for adolescents girls. *BMC public health*, 11(1): 649-655, 2011.

Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L: Depression in children and adolescents. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015.

Rosenberg M: *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press, Princeton, 1965.

Russell-Mayhew S, McVey G, Bardick A, Ireland A: Mental health, wellness, and childhood overweight/obesity. *Journal of obesity*, 2012. doi:10.1155/2012/281801

Sağlam Eryılmaz Z: Yetişkin Bireylerde Obezitenin Depresyon, Benlik Saygısı, Yeme Tutumu ve Beslenme Durumu Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.

Saka G: Adölesanlarda Beslenme. Haspolat YK, Büyükgebiz A, Yolbaş İ, Aktar F(Eds): *Puberte*. s.185-200. Orient Yayınları, Ankara, 2017.

Saka G: Okul Öncesi ve Okul Çocuklarında Beslenme. Haspolat YK, Büyükgebiz A, Yolbaş İ, Ertuğrul S (Eds): *Çocuklarda ve Ergenlerde Gelişim*. s. 221-242. Orient Yayınları, Ankara, 2017.

Sampei MA, Sigulem DM, Novo NF, Juliano Y, Colugnati FA: Eating attitudes and body image in ethnic Japanese and Caucasian adolescent girls in the city of São Paulo, Brazil. *Jornal de pediatria*, 85(2): 122-128, 2009.

Savaşır I, Erol N: Yeme Tutumu Testi: Anoreksiya nervoza belirtileri endeksi, *Psikoloji Dergisi*, 23(7): 19-25, 1989.

Schneider EM, Wilson DK, Kitzman-Ulrich, H, George SMS, Alia KA: The associations of parenting factors with adolescent body mass index in an underserved population. *J Obes*, 2013. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/715618>

Selcen Çiftçi F: Üniversite Öğrencilerinin Beden Algısı ve Yeme Tutumları Arasındaki İlişki. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2012.

Sezgin H: Büyükşehirlerde Gençlerin Beden Algısı ve Dövme Pratikleri. Sabahattin Zaim Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.

Soyal A, Demir H: Yüksek proteinli diyetlerin metabolizma üzerine etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2): 61-66, 2017.

Şahin Baltacı H, Altan T: Lise öğrencilerinde benlik saygısının yordayıcısı olarak depresyon, bağlanma ve şiddet eğilimi [Depression, attachment and tendency to violence as predictors of self-esteem in high school students]. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 40: 227-239, 2016.

Şanlıer N, Başalan ÇC: Yüksek proteinli diyetlerin vücut ağırlığı ve sağlığa etkisi. Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi, 4: 70-90, 2015.

Şengül AM, Hekimoğlu Ş: Vücut kitle indeksi ile yeme tutumu test puanları arasındaki ilişki. Göztepe Tıp Dergisi, 20: 21-23, 2005.

Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kurdal E, Balık G: Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi, 17(1): 33-39, 2011

Tashakori A, Riahi F, Mohammadpour A: The relationship between body mass index and depression among high school girls in Ahvaz. *Advances in medicine*, 2016.
<http://dx.doi.org/10.1155/2016/3645493>

Tayfur S: Üniversite Öğrencilerinde Beden Algısı, Yeme Tutumu ve Depresyon Düzeyinin İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.

T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, "Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması", Ankara, Yayın No:894, 2012, ISBN No:978-975-590-446-7.
https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/bedenagir_tr.pdf.

Tedik SE: Fazla kilo/obezitenin önlenmesinde ve sağlıklı yaşamın desteklenmesinde hemşirenin rolü. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi, 1(2): 54-62, 2017.

Teixeira MD, Pereira AT, Marques MV, Saraiva JM, Macedo AFD: Eating behaviors, body image, perfectionism, and self-esteem in a sample of Portuguese girls. *Braz J Psychiatry*, 38(2): 135-140, 2016.

Tekgül N, Dirik N, Karademirci E, Doğan A: Adölesanlarda vücut kitle indeksi (VKİ) ile ilişkili değişkenlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi, 51(3): 183-186, 2012.

Tekir Ö, Yaşar Ö, Çevik C, Dikoğlu M, Kaymak GÖ: Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyon ve benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8(1): 15-21, 2018.

Tonetti L, Fabbri M, Filardi M, Martoni M, Natale V: The association between higher body mass index and poor school performance in high school students. *Pediatric obesity*, 11(6): 27-29, 2016.

Torun E, Gökçe S, Uzuner S, Göksu AZ, Balçermik B, Kılıç A: Ergenlikte yeme bozuklukları ve komplikasyonları: Bir Anoreksiya Nervoza vakası. Çocuk Dergisi, 13(4): 171-174, 2013.

Tripković I, Roje R, Krnić S, Nazor M, Karin Ž, Čapkun V: Depression and self-esteem in early adolescence. *Cent Eur J Public Health*, 23(2): 142-145, 2015.

TUİK Nüfus Projeksiyonları 2018-2080. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567>

Tunçelli B: Sinir Kişilik Bozukluğu Tanısı Almış ve Almamış Kadınların Benlik Saygısı, Öfke, Kendini Ayarlama ve Kaygı Değişkenleri Bakımından Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.

Tural Büyük E, Duman G: Farklı okullarda okuyan lise öğrencilerinin yeme tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *The Journal of Pediatric Research*, 1(4): 212-217, 2014.

Tütüncü İ: Kastamonu il merkezinde 13 ilköğretim okulunda 5-15 yaş grubu öğrencilerde fazla kiloluluk ve obezite prevalansı. ACU Sağlık Bil Derg, 5(2): 141-151, 2014.

Ulaş B, Uncu F, Üner S: Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2: 15-22, 2013.

Ulutaş A, Atla P, Say Z, Sarı E: Okul çağındaki 6-18 yaş arası obez çocuklarda obezite oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 45(4): 192-196, 2014,

Uskun E, Şabaplı A: Lise öğrencilerinin beden algıları ile yeme tutumları arasındaki ilişki. TAF Prev Med Bull, 12(5): 519-528, 2013.

Usta E, Acar K, Aygin D: Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin obeziteye ilişkin tutumları. Colleges, 5(5): 46-53, 2015.

Uzdil Z, Özenoğlu A, Gökçe ÜNAL: Lise öğrencilerinde yeme tutumlarının beslenme alışkanlıkları, antropometrik ve demografik özellikleri ile ilişkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(1): 11-18,2017.

Uzun R, Balcı E, Günay O, Özdil K, Öztürk GK: Hemşirelik öğrencilerinde beden algısı, benlik saygısı yeme tutumları ve beden kitle indeksi ilişkisi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(2): 48-63, 2018.

Ünal D, Öztöp DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D: Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 16 (2): 75-81, 2009.

Ünsal A, Tozun M, Ayrancı Ü, Arslantaş D: Türkiye'nin batısındaki bir ilçede lise öğrencilerinde olası yeme bozukluğu görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. DirimTıp Derg, 85(3): 100-112, 2010.

Wang Y, Liu H, Wu F, Yang X, Yue M, Pang Y, Liu M: The association between BMI and body weight perception among children and adolescents in Jilin City, China. PloS one, 13(3): 194-237, 2018.

Wong WW, Mikhail C, Ortiz CL, Lathan D, Moore LA, Konzelmann KL, Smith EOB: Body weight has no impact on self-esteem of minority children living in inner city, low-income neighborhoods: a cross-sectional study. BMC pediatrics, 14(1): 19, 2014.

World Health Statistics 2018. https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/haberler/2018_istatistikleri.pdf. Erişim Tarihi: 08.02.2019.

Vardar E, Erzenin M: Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanılarını iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 22(4): 205-212, 2011.

Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. The lancet, 379(9826), 1641-1652.

Vogel JP, Pileggi-Castro C, Chandra-Mouli V, Pileggi VN, Souza JP, Chou D, Say L: Millennium Development Goal 5 and adolescents: looking back, moving forward. Arch Dis Child, 100(Suppl 1): 43-47, 2015.

Yardımcı H, Haklı G, Çakiroğlu FP, Özçelik AÖ: The correlation between body conception and actual body mass index among adolescents: some variables and their role. Progress in Nutrition, 18(3): 222-230, 2016.

Yazıcıoğlu Y, Erdoğan S: SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Detay Yayıncılık, 84-90, 2011.

Yıldırım G: Adölesan Sporcularda Yeme Tutumu ve Beden Algıları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.

Yıldırım S, Uskun E, Kurnaz M: Bir il merkezinde liselerde eğitim gören öğrencilerin yeme tutumları ve ilişkili faktörler. J. Pediatr Res, 4(3): 149-55, 2017.

Yılmaz A ve Çelepkolu T: Çocuk ve Ergende Büyüme. Haspolat YK, Büyükgebiz A, Yolbaş İ, Aktar F (Eds): Çocuk ve Ergenlerde Büyüme. s. 23-29. Orient Yayınları, Ankara, 2018.

Yolbaş İ: Beslenmenin İzlenmesinde Antropometre. Haspolat YK, Yolbaş İ, Aktar F. Ertuğrul S (Eds): Çocuklarda ve Ergenlerde Beslenme. s.117-128. Orient Yayınları, Ankara, 2018.

Yolbaş İ, Yılmaz K: Büyümenin İzlenmesi. Haspolat YK, Büyükgebiz A, Yolbaş İ, Aktar F (Eds): Çocuk ve Ergenlerde Büyüme. s.31-37. Orient Yayınları, Ankara, 2018.

Yu J, Lu M, Tian L, Lu W, Meng F, Chen C, Yao Y: Prevalence of disordered eating attitudes among university students in Wuhu, China. Nutr Hosp, 32(4): 1752-1757, 2015.

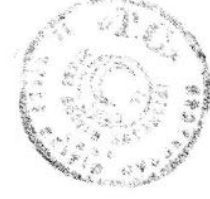
Yüksel T: Ergenlerde Psikolojik Sorunlar. Haspolat YK, Büyükgebiz A, Yolbaş İ, Aktar F (Eds): Puberte. s.171-174. Orient Yayınları, Ankara, 2017.

8. EKLER

EK- 1	Anket Formu
EK- 2	Yeme Tutum Testi
EK- 3	Vücut Algısı Ölçeği
EK- 4	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
EK- 5	Beck Depresyon Ölçeği
EK -6	Ölçek İzin Yazışmaları
EK- 7	Araştırmanın Valilik ve Milli Eğitim Oluru
EK- 8	Kafkas Üniversitesi Araştırma Onay Yazısı
EK- 9	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi

EK 1

ANKET FORMU



Sayın Katılımcı,

Bu çalışma "Lise Öğrencilerinde Beden Kitle İndeksinin Yeme Tutumu, Beden İmgesi, Benlik Saygısı ve Depresif Belirtiler Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi" amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın gerçeği yansıtabilmesi için lütfen kendinizi gerçekte olduğu gibi değerlendirmeye çalışınız. Soruların hepsini yanıtlayacağınızı umuyoruz ancak cevaplayamayacağınız soru olursa lütfen boş bırakınız. Bu araştırmadan elde edilen veriler gizli tutulacak, yanıtlarınız bilime ÖNEMLİ katkı sağlayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Gül ÇAVLI

Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

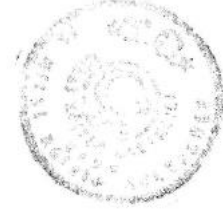
Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

- 1) Yaşınız:
- 2) Cinsiyetiniz: 1 () Kız 2 () Erkek
- 3) Aile tipiniz: 1 () Çekirdek aile 2 () Geniş aile 3 () Parçalanmış
- 4) Yetiştirdiğiniz sosyal çevre: 1 () Kent 2 () Kırsal
- 5) Sosyoekonomik Düzeyiniz: 1 () İyi 2 () Orta 3 () Kötü
- 6) Annenizin eğitim durumu: 1 () İlkokul mezunu 2 () Ortaokul mezunu
3 () Lise mezunu 4 () Yüksekokul /üniversite mezunu 5 () Diğer.....
- 7) Babanızın eğitim durumu: 1 () İlkokul mezunu 2 () Ortaokul mezunu
3 () Lise mezunu 4 () Yüksekokul /üniversite mezunu 5 () Diğer.....
- 8) Başarı durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
1 () Çok zayıf 2 () Zayıf 3 () Orta 4 () Başarılı 5 () Çok başarılı
- 9) Kilo :..... 10) Boyu:.....
- 11) Şuandaki kilonuzu nasıl buluyorsunuz?
1 () Kilolu buluyorum 2 () Kilomu normal buluyorum
- 12) Hangi beden ölçülerinde olmak isterdiniz?
1 () Daha kilolu 2 () Şimdiki halim gibi 3 () Daha zayıf
- 13) Beslenmenizi nasıl tanımlarsınız?
1 () İyi 2 () Orta 3 () Kötü
- 14) Bugüne kadar hiç besin takviyeli ilaç kullandınız mı? 1 () Evet 2 () Hayır
- 15) Geçmişteki;
En yüksek kilonuz:..... İdeal kilonuz:.....
En düşük kilonuz:.....
- 16) Kendi kilonuzu hangi sıklıkla kontrol ediyorsunuz?
1 () Hergün 2 () Haftada bir 3 () 15 günde bir 4 () Ayda bir 5 () Diğer.....
- 17) Bugüne kadar hiç diyet yaptınız mı? 1 () Evet 2 () Hayır
- 18) Düzenli olarak kahvaltı etme alışkanlığınız var mı? 1 () Evet 2 () Hayır



Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Selcuk URAL tarafından 25.05.2017 tarihinde e-İmzalanmıştır.
Evrağınızı <http://194.27.41.38/E-Imza/Default.aspx> linkinden 723AF16AX5 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Lütfen, Arka sayfayı da doldurunuz



- 19) Düzenli olarak öğle yemeği yer misiniz? 1 () Evet 2 () Hayır
 20) Düzenli olarak akşam yemeği yer misiniz? 1 () Evet 2 () Hayır
 21) Düzenli olarak ara öğün tüketir misiniz? 1 () Evet 2 () Hayır
 22) Günde kaç kez bir şeyler yiyorsunuz?.....ana Lütfen, Arka sayfayı da doldurunuz
 23) Hergün tatlı yiyecekler tüketme alışkanlığınız var mı
 24) Yemek aralarında abur cubur yeme alışkanlığınız var mı? 1 () Evet 2 () Hayır
 25) Televizyon seyredirken bir şeyler yeme alışkanlığınız var mı? 1 () Evet 2 () Hayır
 26) Ders çalışırken bir şeyler yeme alışkanlığınız var mı? 1 () Evet 2 () Hayır
 27) Kilo aldığınızı düşündüğünüzde ne yaparsınız?
 1 () Abur-cubur yemem 2 () Diyet yaparım 3 () İştah kesiciler kullanırım
 4 () Öğün atlarım 5 () Spor yaparım 6 () Diğer.....
 28) Yemeyle ilgili bir sorun oldu mu? 1 () Evet 2 () Hayır

Eğer evetse, kaç yaşında başladı ve nasıl gelişti?

- 29) Kendiniz, aileniz veya arkadaşlarınız geçen yıl herhangi bir kilo verme yöntemi uyguladılar mı? 1 () Evet 2 () Hayır

- 30) Yukarıdaki soru eğer evetse, kilo vermek için hangi yöntemler uygulandı? (Kim hangi yöntemi uyguladıysa lütfen işaretleyiniz).

YÖNTEMLER	BİREYLER		
	KENDİSİ	AİLESİ	ARKADAŞLARI
Diyet			
Egzersiz			
Kusma			
Müşil ilaçları			
İdrar söktürücü kullanımı			
Diğer			

- 31) Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz? (tempolu yürüyüş, koşma, futbol, basketbol vb. sporlar dahil) 1 () Evet 2 () Hayır

"Evet" ise, ne ve kaç saat olduğunu yazınız:.....

- 32) Ailenizde şişman kişi var mı (yoksa boş bırakınız, varsa birden çok kişi işaretleyebilirsiniz).

- 1 () Anne 2 () Baba 3 () Kardeş 4 () Babaanne 5 () Anneanne
 6 () Dede 7 () Amca 8 () Dayı 9 () Hala 10 () Teyze 11 () Diğer.....

- 33) Bugüne kadar önemli bir sağlık problemi yaşadınız mı? 1 () Evet 2 () Hayır

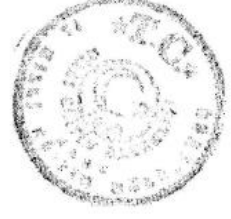
"Evet" ise, rahatsızlığınızın adını yazınız:.....

- 34) Hayatınızın herhangi bir döneminde ruhsal rahatsızlığınız oldu mu?

- 1 () Evet 2 () Hayır

"Evet" ise, ruhsal rahatsızlığınızın adını veya tanısını yazınız:.....





35) Hayatınızın herhangi bir döneminde ruhsal rahatsızlığınız için tedavi gördünüz mü?

1 () Evet 2 () Hayır

"Evet" ise, ruhsal rahatsızlığınız için görmüş/görmekte olduğunuz tedaviyi belirtiniz:

.....

36) Okul dışında uğraş/hobileriniz var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1 () Hiçbir şey yapmıyorum 2 () Aileme ekonomik katkı için çalışıyorum

3 () Arkadaş toplantılarına katılıyorum 4 () Kursa gidiyorum

5 () Müzik dinliyorum (Türünü açıklayınız).....

6 () Sinema-tiyatroya gidiyorum 7 () Resim yapıyorum

8 () Bilgisayar kullanıyorum (Oyun, araştırma, sohbet vs.) 9 () Televizyon izliyorum

10 () Kitap okuyorum (Türünü açıklayınız).....

() Diğer (Açıklayınız).....

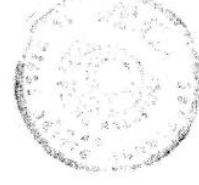
37) Son bir yıl içinde yaşamınızda sizi çok etkileyen bir olay başınıza geldi mi ?

1 () Hayır

2 () Evet (Açıklayınız).....



EK 2



YEME TUTUMU TESTİ

Aşağıda yeme tutumuna yönelik bazı cümleler bulunmaktadır. Her cümle için uzun uzun düşünmeyerek mümkün olduğunca samimi bir şekilde size uyan seçeneği işaretleyin. Kararsızlığa düşerseniz ilk aklınıza gelecek seçenek doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

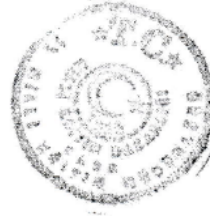
0: Hiçbir zaman 1: Nadiren 2: Bazen 3: Sık Sık 4: Çok sık 5: Daima

CÜMLELER	0	1	2	3	4	5
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.						
34. Yiyecek ile ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Selcuk URAL tarafından 23.05.2017 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <http://194.27.41.38/E-Imza/Default.aspx> linkinden 723AF16AX5 kodu ile doğrulayabilirsiniz.



38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.										
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.										
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.										



EK 3



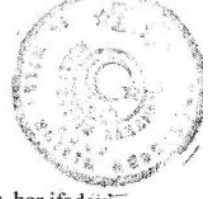
VÜCUT ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda vücut algısına yönelik bazı cümleler bulunmaktadır. Her cümle için uzun uzun düşünmeyerek mümkün olduğunca samimi bir şekilde size uyan seçeneği işaretleyin. Kararsızlığa düşerseniz ilk aklınıza gelecek seçenek doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Hiç beğenmiyorum	Pek beğenmiyorum	Kararsızım	Oldukça beğeniyorum	Çok beğeniyorum
1. Saçlarım					
2. Yüzümün rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücudumdaki kıl dağılımı					
6. Burnum					
7. Fiziksel gücüm					
8. İdrar – dışkı düzenim					
9. Kas kuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Yasım					
15. Çenem					
16. Vücut yapım					
17. Profilim					
18. Boyum					
19. Duyularımın keskinliği					
20. Ağrıya dayanıklılığım					
21. Omuzlarımın genişliği					
22. Kollarım					
23. Göğüslerim					
24. Gözlerimin şekli					
25. Sindirim sistemim					
26. Kalçalarım					
27. Bacaklarım					
28. Dişlerimin şekli					
29. Cinsel gücüm					
30. Ayaklarım					
31. Uyku düzenim					
32. Sesim					
33. Sağlığım					
34. Cinsel faaliyetlerim					
35. Dizlerim					
36. Vücudumun duruş şekli					
37. Yüzümün şekli					
38. Kilom					
39. Cinsel organlarım					
40. Hastalığa direncim					

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Selcuk URAL tarafından 23.05.2017 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <http://194.27.41.38/E-Imza/Default.aspx> linkinden 723AF16AX5 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

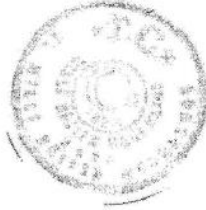
EK 4



ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kendileri ile ilgili duygularını açıklayan ifadeler yer almaktadır. her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Çok Doğru	Doğru	Yanlış	Çok Yanlış
1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.	()	()	()	()
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.	()	()	()	()
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.	()	()	()	()
4. Ben de diğer insanların yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.	()	()	()	()
5. Kendime gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.	()	()	()	()
6. Kendime karşı olumlu tutum içindeyim.	()	()	()	()
7. Genel olarak kendimden memnunum.	()	()	()	()
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.	()	()	()	()
9. Bazen kesinlikle kendimin işe yaramadığını düşünüyorum.	()	()	()	()
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.	()	()	()	()



EK 5

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

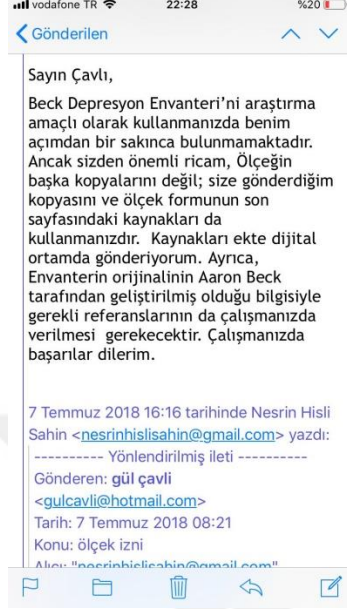
Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dahil, geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlelerin yanındaki numaranın üzerine (X) işareti koyunuz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

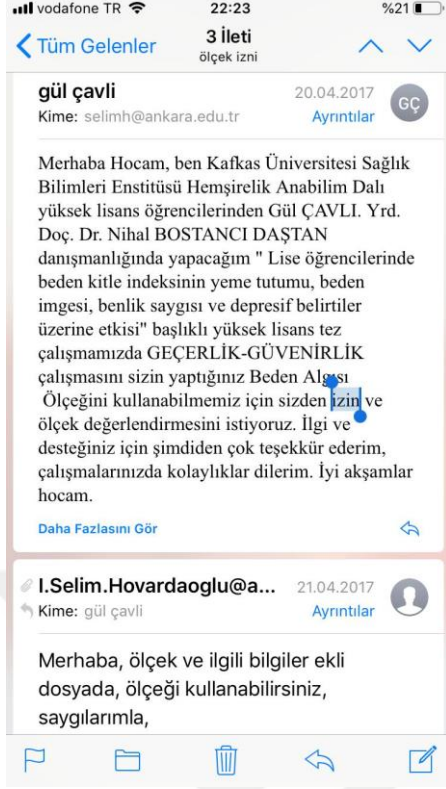
- 1- (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 (3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 (1) Gelecek hakkında karamsarım.
 (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 (3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 (1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 (2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
 (3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
- 4- (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 (1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 (3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- (0) Kendimden memnunum.
 (1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
 (2) Kendime çok kızıyorum.
 (3) Kendimden nefret ediyorum.
- 7- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 (1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendimi eleştiririm.
 (2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 (3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 8- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 (1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
 (2) Kendimi öldürmek isterdim.
 (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9- (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
 (3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10- (0) Şimdi her zaman olduğundan daha sınırlı değilim.
 (1) Eskisine kıyasla kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 (2) Şimdi hep sinirliyim.
 (3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

- 11- (0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 (1) Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 (2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim
 (3) Hiç kimseyle görüşüp konuşmak istemiyorum
- 12- (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum
 (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum
 (2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum
 (3) Artık hiç karar veremiyorum
- 13- (0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum
 (1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor
 (2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum
 (3) Kendimi daha çirkin buluyorum
- 14- (0) Eskisi kadar çalışabiliyorum
 (1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor
 (2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor
 (3) Hiçbir şey yapamıyorum
- 15- (0) Her zamanki gibi uyuyabiliyorum
 (1) Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum
 (2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum
 (3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum
- 16- (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum
 (1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum
 (2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor
 (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum
- 17- (0) İştahım her zamanki gibi
 (1) İştahım eskisi kadar iyi değil
 (2) İştahım çok azaldı
 (3) Artık hiç iştahım yok
- 18- (0) Son zamanlarda kilo vermedim
 (1) İki kilodan fazla kilo verdim
 (2) Dört kilodan fazla kilo verdim
 (3) Altı kilodan fazla kilo verdim
- 19- (0) Sağlığım beni fazla endişelendiriyor
 (1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor
 (2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor
 (3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum
- 20- (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim
 (1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim
 (2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim
 (3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim
- 21- (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor
 (1) Cezalandırılabilirliğimi seziyorum
 (2) Cezalandırılmayı bekliyorum
 (3) Cezalandırıldığımı hissediyorum

EK 6

ÖLÇEK İZİN YAZIŞMALARI





NOT: Yeme tutum ölçeği için gönderilen maile cevap alınamamıştır.

EK 7.

T.C.
KARS VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 91782061-604.01.01-E.6922628
Konu: Tez Çalışması

15.05.2017

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ REKTORLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
KARS

İlgi a) 04/05/2017 tarihli ve 799 sayılı yazımız.
b)12/05/2017 tarihli ve 6848014 sayılı Valilik Makam onayı.

İlgi (a) sayılı yazınıza istinaden, Kafkas Üniversiteniz Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr.Nihal BOSTANCI DAŞTAN'ın danışmanlığındaki yüksek lisans öğrencisi Gül ÇAVLI'nın "Lise Öğrencilerinde Beden Kitle İndeksinin Yeme Tutumu, Beden İmgesi, Benlik Saygısı ve Depresif Belirtiler Üzerine Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasının İlimiz dahilindeki ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören öğrencilere uygulanması ile ilgili alınan ilgi (b) sayılı Valilik Makam onayı, mühürlü anketler ve ölçekler ekte gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Gökhan ALTUN
İl Millî Eğitim Müdürü

Eki:
-Valilik Makam Onayı (1 sayfa)
-Mühürlü Anket ve Ölçekler (9 sayfa)

Ortakapı Mah. Hükümet Konağı 36100/KARS
Elektronik Ağ: <http://kars.meb.gov.tr>
e-posta: Stratejigelistirme36@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için:A. ALP Bilgisayar İşletmeni
Tel: (0 474) 2128226(146)
Faks: (0474) 2128229

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Selçuk URAL tarafından 15.05.2017 tarihinde e-İmzalanmıştır.
Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 91782061-604.01.01-E.6922628-31ad-b64e-12e9 kodu ile teyit edilebilir.
Evrakınızı <http://194.27.41.38/E-Imza/Default.aspx> linkinden 723AF16AX5 kodu ile doğrulayabilirsiniz.



T.C.
KARS VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 91782061-604.01.01-E.6848014
Konu: Tez Çalışması

12/05/2017

VALİLİK MAKAMINA
KARS

Kafkas Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr.Nihal BOSTANCI DAŞTAN'ın danışmanlığındaki yüksek lisans öğrencisi Gül ÇAVLI'nın "Lise Öğrencilerinde Beden Kitle İndeksinin Yeme Tutumu, Beden İmgesi, Benlik Saygısı ve Depresif Belirtiler Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasının İlimiz dahilindeki ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören öğrencilere uygulanması Kafkas Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'nın 04/05/2017 tarihli ve 799 sayılı yazılarında belirtilmektedir.

Tez çalışması ile ilgili anket ve ölçekler Milli Eğitim Bakanlığı'nın "Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlik İzinleri" konulu 2012/13 nolu Genelgeleri gereğince oluşturulan komisyon tarafından incelenmiş olup, anket ve ölçeklerin eğitim öğretimi aksatmadan okul yönetiminin gözetiminde gönüllülük esasına dayalı olarak İlimiz dahilindeki ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören öğrencilere uygulanması ve sonucunun CD ortamında Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme Şubesine teslim edilmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarımıza arz ederim.

Gökhan ALTUN
İl Millî Eğitim Müdürü

OLUR
12/05/2017

Mehmet Halis AYDIN
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ortakapı Mah. Hükümet Konağı 36100/KARS
Elektronik Ağ: <http://kars.meb.gov.tr>
e-posta: Stratejigelistirme36@meh.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: A. ALP Bilgisayar İşletmeni
Tel: (0 474) 2128226 (146)
Faks: (0 474) 2128229

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Selçuk ÜRAL tarafından 22.05.2017 tarihinde e-İmzalanmıştır.
Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden, 216F-eE3B-3a7b-9740-5eea kodu ile teyit edilebilir.
Evrakınızı <http://194.27.41.38/E-Imza/Default.aspx> linkinden 723AF16AX5 kodu ile doğrüleyebilirsiniz.



T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 10829923-045.99-E.12946
Konu : Gül ÇAVLI (Tez Çalışması)

23/05/2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Üniversitemiz Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN'ın danışmanlığındaki yüksek lisans öğrencisi Gül ÇAVLI'nın tez çalışmasına ilişkin Kars Valiliği İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nün 15.05.2017 tarih ve E. 6922628 sayılı yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Selçuk URAL
Rektör Yardımcısı

Ek : Yazı Örneği (11 Sayfa)



Kafkas Üniversitesi Rektörlüğü Turan Çelik Caddesi Merkez/KARS
Telefon: (474) 225 11 50 Faks: (474) 225 11 61 E-Posta: info@kafkas.edu.tr
www.kafkas.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin: Hanife BAKIR
Tel: E-Posta:

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Selçuk URAL tarafından 23.05.2017 tarihinde e-İmzalanmıştır. Evrağınızı <http://194.27.41.38/E-Imza/Default.aspx> linkinden 723AF16AX5 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

EK.8. KAFKAS ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL ONAYI

T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
(Etik Kurul Başkanlığı)



Sayı : 80576354-050-99/ 45
Konu : Etik Kurul Değerlendirmesi.

01/03/2017

Sayın; Yrd.Doç.Dr.Nihal BOSTANCI DAŞTAN
Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

“Lise Öğrencilerinde Beden Kitle İndeksinin Yeme Tutumu, Beden İmgesi, Benlik Saygısı ve Depresif Belirtiler Üzerine Etkisi” adlı çalışmanız Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu komisyonunca 01.03.2017 tarih ve 03 numaralı oturumda incelenmiş ve çalışmanın Etik Kurul yönergesindeki şartlara uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr.Barlas SÜLÜ
Etik Kurul Bşk.

Eki: 1. Adet Yönetim Kurulu Kararı

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
(Etik Kurulu Başkanlığı)

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ: 01.03.2017

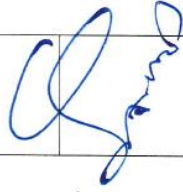
TOPLANTI SAYISI: 2017/03


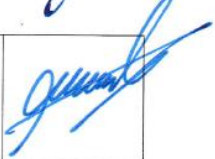
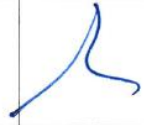

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu **Doç.Dr.Barlas SÜLÜ** başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

KARAR 12

Yrd.Doç.Dr.Nihal BOSTANCI DAŞTAN'ın "Lise Öğrencilerinde Beden Kitle İndeksinin Yeme Tutumu, Beden İmgesi, Benlik Saygısı ve Depresif Belirtiler Üzerine Etkisi" adlı çalışması.

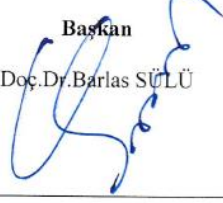


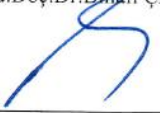



Yukarıda belirtilen çalışmanın Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesine uygun olduğuna karar verildi.

Etik Kurul Başkanı	Doç.Dr.Barlas SÜLÜ	
--------------------	--------------------	--

Başkan Yardımcısı Yrd.Doç.Dr.Damla ÇETİN		Raportör Üye Yrd.Doç.Dr.Murat BAÇCIOĞLU	
Üye Yrd.Doç.Dr.Turgut ANUK		Üye Yrd.Doç.Dr.Binali ÇATAK	
Üye Yrd.Doç.Dr.Nazan ARDIÇ		Üye	
Üye Avukat Emine TUNA	(Katılmadı)	Üye Ümit Can GÜRBOĞA	

Gelen Evrak No: 41	Karar No: 12	Karar Tarihi: 01.03.2017
Araştırmanın Adı: "Lise Öğrencilerinde Beden Kitle İndeksinin Yeme Tutumu, Beden İmgesi, Benlik Saygısı ve Depresif Belirtiler Üzerine Etkisi"		
Araştırmanın Yürütücüsü: Yrd.Doç.Dr.Nihal BOSTANCI DAŞTAN		
Çalıştığı Kurum: Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi		
Araştırmanın gerekçesi yeterli mi?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmanın metodu uygun mudur?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmada kullanılacak ilaçlara ait bilgiler yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma ilacının bilinen veya muhtemel yan etkileri ve varsa bunların önlemleri yeterince açıklanmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Bilgilendirilmiş Olur Formu; Gönüllünün anlayacağı şekilde yazılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Tank dâhil olmak üzere ilgililerin imzaları için yer ayrılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmadan kaynaklanabilecek ölüm, sakatlanma, hastalık durumunda yapılacak ödeme, tedavi ile ilgili sigorta veya taahhütname ile ilgili belgeler var ve uygun-yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmacı ve destekleyici arasında sorumluluk paylaşımına dair belge var mı ve uygun mudur?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma bütçesi, yapılacak ödemeler uygun mu?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Protokolde mevcut veriler ve literatür araştırmayı destekler nitelikte midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

KARAR		
Kafkas Üniversitesi Etik Kurul yönetmeliğine göre	Uygundur X	Uygun değildir <input type="checkbox"/>
	Düzeltilmesi Gerekir <input type="checkbox"/>	

Başkan Doç.Dr.Barlas SÜLÜ 	Başkan Yardımcısı Yrd.Doç.Dr.Damla ÇETİN 	Raportör Üye Yrd.Doç.Dr.Murat BAĞCIOĞLU 
Üye Yrd.Doç.Dr.Binali ÇATAK 	Üye Yrd.Doç.Dr.Turgut ANUK 	Üye Yrd.Doç.Dr.Nazan ARDIÇ 
Üye	Üye Avukat Emine TUNA (Görevli)	Üye Ümit Can GÜRBOĞA 

EK 9.

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

(Çalışma grubu için)

(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)

1. Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Gül ÇAVLI tarafından "Lise öğrencilerinde beden kitle indeksinin yeme tutumu, beden imgesi, benlik saygısı ve depresif belirtiler üzerine etkisi" isimli tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).*
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
- Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
- Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Bilgilendiren Araştırmacı

Adı, soyadı: Gül ÇAVLI

Adres: Kafkas Üniversitesi Sağlık

Tel: 0542 373 07 28

İmza:

Tarih:

9. ÖZGEÇMİŞ

GÜL ÇAVLI

ÖĞRETMEN/MÜDÜR YARDIMCISI

E-Posta Adresi	gulcavli@hotmail.com
Telefon (İş)	04142135045- Dahili 3608
Telefon (Cep)	05423730728
Adres	Haydar Aliyev Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi KARS/MERKEZ



Öğrenim Bilgisi

LİSANS (2005-2009)

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK
YÜKSEKOKULU/HEMŞİR
ELİK BÖLÜMÜ

Görevler

Öğretmen

2014-2018

KARS SARIKAMIŞ KAZIM
KARABEKİR MESLEKİ VE
TEKNİK ANADOLU
LİSESİ

Öğretmen/Müdür Yardımcısı

2018-.....

KARS MERKEZ HAYDAR
ALİYEV MESLEKİ VE
TEKNİK ANADOLU
LİSESİ

Okul Dışı Deneyim

2010-2014

KARS DEVLET
HASTANESİ
(KAMU-HEMŞİRE)