T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER

EDİRNE İL MERKEZİ LİSE ÖĞRENCİLERİNDE FİZİKSEL AKTİVİTENİN VE YEME DAVRANIŞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Damla YILMAZ

(EDİRNE-2020)

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimin hazırlanmasında gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer'e, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, Prof. Dr. Serdar Öztora'ya, Prof. Dr. Ayşe Çaylan'a, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, sevgili aileme ve birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ ……1
GENEL BİLGİLER ……..3
ERGENLİK DÖNEMİ VE SORUNLARI……..3
ERGENLİK DÖNEMİNDE SAĞLIK……5
ERGEN İLE GÖRÜŞME İLKELERİ…….8
ERGENLİK DÖNEMİNDE BESLENME……..9
BESLENMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ……..13
BESLENME BOZUKLUKLARI…….....17
ERGENLERDE FİZİKSEL AKTİVİTE……22
ERGENLERDE BEDEN ALGISI……..22
GEREÇ VE YÖNTEM ……24
BULGULAR ……27
TARTIŞMA …….55
SONUÇLAR …….....65
ÖZET ……...67
SUMMARY …….69
KAYNAKLAR ……....71
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezleri)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MET: Metabolic Equivalent Threshold (Metabolik Eşdeğer Skoru)

TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü ergenlik dönemini yaşamın 10-19 yaş arasındaki evresi olarak tanımlamıştır. Ergenlerin dünya nüfusunun içindeki payı yaklaşık % 20'dir. Ülkemizde de ergenlerin toplam nüfus içindeki payı dünyadaki ile benzerlik gösterir. Ergenlik dönemi, fiziksel ve psikolojik değişikliklerle karakterize olan, yaşamda, bebeklik çağından sonraki ikinci hızlı gelişme atağının olduğu evredir. Tüm bu değişimler ve hızlı büyüme sebebiyle kişinin enerji ve besin öğelerine olan gereksinimi de artar. Ergenlerde, artan enerji ihtiyacı öncelikle iştah artışı olarak kendini gösterir ve öğün aralarında ilave gıda tüketimi isteği artar. Bu dönemde gençlerin ev dışında yemek yeme eğilimi artış gösterir. Ana öğünleri geçiştirme ve öğün aralarında üstünkörü, hızlı, hazır yemek tüketimi alışkanlığı oluşur. Televizyon ve bilgisayar başında uzun süre oturarak zaman geçirme ve bu süreler içinde atıştırma şeklinde yeme yaygın görülen tutum ve davranışlardır. Bu davranışlar ergenlerde hareketsiz bir yaşam tarzına ve buna bağlı olarak da gençlerin obeziteye eğilimini artırır. Ergenlik döneminde edinilen yanlış beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıkları, hayatın ileri dönemlerinde kalıcı olabilmekte ve kişilerin sağlığını yaşamı boyunca etkileyebilmektedir (1).

Yeterli ve dengeli beslenme, yeterli fiziksel aktivite, düzenli bir sosyoekonomik çevre ve bireyin sağlığının korunmasının, toplum sağlığı üzerinde önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenme sadece var olan nesli değil, gelecek nesilleri de etkileyebilecek önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Sağlıklı yaşlanmak ve yaşa bağlı oluşabilecek sağlık risklerini en aza indirebilmek için temel etkenler, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin arttırılmasıdır. Günlük düzenli yapılan

fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ile birlikte kronik hastalıkların önlenmesindeki en önemli ögedir.

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, ergenlerin temel beslenme problemleri genellikle hayatın ilk yıllarından kaynaklanan beslenme eksikliği ve buna bağlı gelişen besin öğesi eksiklikleri (vitamin mineral yetersizlikleri gibi), obezite ve buna bağlı diğer kronik hastalıklar (kardiyovasküler hastalıklar gibi), yetersiz/sağlıksız yeme davranışları ve yaşam tarzıdır (1).

Ergenlik ve genç erişkinlik döneminde obezite sıklığının yüksek olması ve buna bağlı sağlık sorunları toplumsal çalışmalarının obeziteyi önleme çabalarına öncelik sağlamasına neden olmuştur (2).

Ergenlik döneminde, ilkokuldan sonra ve yaş ilerledikçe, beslenme kalitesinde ve en çok sebze ve meyve tüketiminde bariz bir azalma gözlenmektedir. Yine aynı evrede yüksek yağlı süt tüketimi yerine düşük yağlı süt alımının artmasına rağmen toplam süt tüketiminin % 36 azaldığı ve bu azalmış olan süt tüketiminin yerine gazlı içeceklerin ve meyve içermeyen meyve sularının geçtiği saptanmıştır (3).

Ayrıca yüksek kilolu kategorisinde olan 5-10 yaş dönemindeki çocukların yaklaşık % 60'ının hayatlarının ilerleyen döneminde kardiyovasküler risk faktörlerinden (kan basıncı yüksekliği, hiperlipidemi, insülin düzeyinde artış gibi) en az birine, % 25'inin iki veya daha fazla risk etmenine sahip olacağı bildirilmiştir. Tüm dünyada ergenlerde obezite sıklığında artış görülmektedir. Ülkemizde 6-18 yaş döneminde yapılan çalışmalarda aşırı kilolu olma oranı % 8-14 arasında, obez olma oranı ise % 3-31 arasında bulunmuştur (3).

Tüm bu durumlar değerlendirildiğinde fiziksel aktivite ve yeme davranışının erken yaşlardan itibaren önemsenmesi gereken bir konu olduğu görülmektedir. Bunun için de öğrencilerin bilinçlendirilmesi, fiziksel aktiviteye ve sağlıklı beslenmeye yönlendirilmesi gerekmektedir. Bu şekilde tüm dünyada giderek artan kadiyovasküler hastalıkların azaltılması öngörülmektedir. Gerekli olursa ergenlere bu konuda bilinçlendirme amacıyla eğitim verilmelidir. Literatürde Türkiye genelini kapsayan çok fazla çalışma olmaması nedeniyle bu konuda ergenlerin bilinç düzeyi net olarak değerlendirilememektedir. Bu çalışmada Edirne il merkezi lise öğrencilerinde yeme davranışı ve fiziksel aktivite durumunun belirlenmesi amaçlanmaktadır.

GENEL BİLGİLER

İnsan zaman içinde önemli ölçüde değişir ve aldığımız besinler bu değişimde ana kaynaktır. Her yaştan insan, yaşamını ve sağlığını korumak için bazı temel maddelere ihtiyaç duyar. Bununla birlikte ihtiyaç duyulan miktar farklıdır. İnsanın yaşam döngüsü boyunca bedeni devamlı değişir ve farklı dönemlerden geçer. Ergenlik dönemi biyopsikososyal olarak çok büyük değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir.

ERGENLİK DÖNEMİ VE SORUNLARI

Ergen Gençlik Dönemi

Ergenlik dönemi, insan hayatının gelişim dönemleri içinde toplumsal etkilerin kişi için en çok önem taşıdığı, en kritik dönemlerinden biridir (4). Çocukluktan bağımsız bir birey haline gelindiği, yeni ilişkilerin kurulduğu, sosyal becerilerin arttığı ve yaşamın devamında sürecek davranışların kazanıldığı zamandır. DSÖ 10-19 yaş arası yaş grubunu "ergen", 15-24 yaş arasını "genç" olarak tanımlar. Bu gelişme ve olgunlaşma evresi adölesan dönem olarak da adlandırılmaktadır (5).

Ergenlik çağı fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişim yönünden çoğunlukla 10-14 yaş arası erken, 15-17 yaş arası orta, 18-19 yaş arası geç ergenlik dönemi olarak üç evrede incelenmektedir. Fakat dünyadaki sosyokültürel ve ekonomik farklılıklar sebebiyle bu dönemlerdeki değişiklikler bireysel farklılıklar gösterebilmektedir. Ayrıca ergenlerin psikososyal gelişim süreci bu yaş tanımlamalarının dışında da sonlanabilmektedir (6).

DSÖ verilerine göre dünya nüfusunun (7,2 milyar) önemli bir bölümünü, 1,2 milyarını, 10-19 yaş arası ergenler oluşturmaktadır (5). 2018 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre ise 15 yaş altı çocukların sayısı Türkiye nüfusunun % 25'ini oluştururken, ergenler (10-19 yaş) % 16'sını oluşturmaktadır (7).

Ergen yaş grubu özellik arz eden bir dönemdir. Bu dönemde nörolojik, fiziksel ve duygusal geçiş evresinde ergenler çeşitli sağlık riskleriyle karşı karşıya kalırlar. Aynı zamanda bu geçiş evresinde ailelerle, öğretmenlerle ve toplumla çeşitli çatışmalar yaşanmasına sebep olur. Aile hekiminin de ergen sağlığının korunmasında ve iyileştirilmesinde önemli bir rolü vardır. Kimlik geliştiren ve bağımsızlık kurmak için yaşanan dinamik değişimlerde, aile hekimleri istikrarın sağlanmasına destek olabilirler (8).

Ergenlik dönemi çocukluğun bittiği ama kişinin yetişkin olmadığı bir zaman dönemidir. 10 yaş civarı başlayıp 19 yaşa kadar devam eder. Bu dönemde en büyük zorluk değişikliklerin eş zamanlı olmamasıdır. Bu nedenle verilen sağlık hizmetleri yaş grubuna ve gelişimsel düzeyine uygun olmalıdır. Bireysel ve sosyokültürel farklılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Adölesanların sağlıklı gelişimi pek çok faktöre bağlıdır; sosyoekonomik durum, ergenin yaşadığı çevre, ailesi ve sosyal ilişkileri, eğitim ve kariyer olanakları gibi faktörler sayılabilir.

Ergenlik, çocukluktan erişkinliğe geçiş evresidir. Bu süreçte hormonal etkiler de görülür. Gonadların ve sekonder cinsiyet karakterlerinin gelişmesi, büyüme ve kemik olgunlaşmasındaki belirgin artış, vücut oranlarında ve yapısında gözle görülür değişim, ergenlik döneminin fizyolojik özelliklerini oluşturur. Gonadların olgunlaşması ile kız çocuklarda menstruel siklus ve ovülasyon erkek çocuklarda da spermatogenez başlar. Vücut üreme kapasitesi olmayan çocukluktan, üretken bireye dönüşür. Hormonal salgıların artması ile sekonder cinsiyet karakterleri belirginleşir. Ayrıca boy uzamasında ve kemik olgunlaşmasında artma, kilo artışı görülür. Vücut yapısı çocukluktan erişkinliğe değişir. Seksüel dimorfizm (kız ve erkek vücut yapısı farklılığı) gelişir. Ergenlik döneminin sonunda ergenin büyüme ve gelişmesi önemli ölçüde tamamlanmıştır (9).

Erken ergenlik evresi puberteyle başlar. Bu evrede psikososyal gelişmeyi etkileyen en önemli faktörler, hızlı büyümenin sonucu olan fiziksel değişiklilerdir. Bu dönemde ergen, gelişime ve büyüyen ekstremitelerin kontrolüne uyum sağlamaya çalışmaktadır. Hızlı büyümeye bağlı sakarlıklar sık görülür. Bunun yanı sıra bedende cinsiyete mahsus bazı değişimler görülür; vücut yağ dağılımı değişir, kız çocuklarda meme gelişimi ve kalçaların belirginleşmesi olur, erkek çocuklarda ise ses kalınlaşır. Bu gibi değişimler ergenlerde strese

yol açabilir. Bu değişimlerle ergenin cinsiyet kimliği gelişmeye başlar ve beden imajının oluşmasına katkıda bulunur (10).

Ayrıca bu dönemin en önemli özelliklerinden birisi de soyut düşünmenin gelişmesidir. Felsefi düşünce, sanat, zaman, ölüm, din ile ilgili düşünme ve analiz becerisi gelişir. Arkadaşlarını aynı cinsiyetten seçme eğilimi olur. Bu dönemde ailesinin kendi fikirlerine saygı duymasını ister (10).

Orta ergenlik döneminde ise duygusal iniş ve çıkışlar, cinsiyet karakterinin ve sosyal karakterin gelişmesi ayrıca otoriteye karşı gelme eğilimi görülür. Günlük hayatta arkadaşlıklar daha önem kazanır. Yine flörtler bu dönemde başlar. Sosyal yaşamda bazı roller üstlenmek ister. Toplumda ön planda olan kişileri kendilerine rehber edinirler (10).

Geç ergenlik dönemi, artık kimlik gelişiminin oturmaya başladığı ve bütünlük duygusunun hissedildiği aşamadır. Kimlik bütünlüğü ve toplumsal kabul kazanılması sağlanır. Cinsel, toplumsal ve mesleksel öğeler kimlik duygusunun temel bileşenleridir. Ayrıca gelecek planlarının da önem kazandığı bir dönemdir (10).

ERGENLİK DÖNEMİNDE SAĞLIK

Bu evredeki başlıca sağlık sorunları: büyüme ve gelişmeyle ilgili problemler, sigara, alkol ve madde alımı, depresyon, intihar, yeme davranışı bozuklukları, fiziksel inaktivite, cinsel sağlık problemleri, şiddet ve kazalardır(11).

Büyüme ve Gelişme Problemleri

Tütün kullanımı: Günümüzde tütün kullanıcılarının büyük bir bölümü bu alışkanlığı ergenlikte edinmiştir. Tütün ürünleri satışının reşit olmayanlara yasaklanması ve vergilerin arttırılmasıyla fiyatının yükseltilmesi, tütün reklamlarının yasaklanması ve dumansız hava sahası kuralları tüketilen miktarın azaltılmasına ve ergenlerin sigara bırakmasına yardımcı olmaktadır (11).

Alkol ve madde kullanımı: Ergenler arasında alkol kullanımı birçok ülkede önemli bir sorundur. Otokontrolün azalmasına, riskli tutum ve davranışların artmasına neden olur. Şiddet, yaralanma ve kaza nedenli erken ölümlere zemin hazırlar. Alkol tüketimi için asgari bir yaş

belirlemek ve alkollü içecek reklamlarının düzenlenmesi etkili stratejilerdendir. Alkol kullanan gençlere danışmanlık hizmeti verilmesi önemlidir.

Ergenler arasında madde kullanımı da önemli bir endişe sebebidir. Bireysel ve toplumsal düzeydeki müdahalelerle madde kullanımını azaltmaya yönelik programlar düzenlenmelidir.

Ruh sağlığı: Depresyon ergenlerde önde gelen hastalıklardan biridir. Aynı zamanda ergenlerde en sık ikinci ölüm nedeni de intihar girişimleridir. Şiddet, yoksulluk ve değersizlik hissi ruhsal sağlık sorunlarını arttırabilir.

Ergenlerde yaşam becerileri oluşturmak ve psikososyal destek sağlamak zihinsel sağlığın gelişmesine katkıda bulunur. Ergenlerin aileleriyle olan bağlarının güçlendirilmesi de önemlidir (11).

Yetersiz beslenme (malnutrisyon) ve obezite: Ergenlikte sağlıklı beslenme alışkanlığı edinilmesiyle yetişkinlikteki sağlığın temeli atılmış olur. Gelişmekte olan ülkelerde pek çok erkek ve kız çocuğu ergenliğe beslenme yetersizliği ile başlamakta bu durum onları hastalıklara ve erken ölüme açık hale getirmektedir. Terazinin öbür tarafında ise obezite dar ve yüksek gelirli ülkelerdeki ergenler arasında artış göstermektedir. Ergenlere danışmanlık hizmeti sunarak yeme problemlerini engellemek, gerekli besin takviyelerini yapmak, hastalıkların etkili tedavisi önemlidir.

Obezite sıklığı son yıllarda artmaktadır. Sağlıksız beslenme davranışları, yüksek kalorili beslenme, öğün atlama, fiziksel aktivite eksikliği obeziteye sıklıkla eşlik etmektedir.

Fiziksel aktivite: Fiziksel aktivite yaşamın ilerleyen dönemlerinde vücut sağlığının korunması açısından oldukça önemlidir. DSÖ her beş gençten birinin fiziksel olarak aktif olduğunu tahmin etmektedir (11). Fiziksel inaktivite sıklığı oldukça yüksektir. Kız çocuklarında erkeklere göre inaktivite daha fazladır.

Fiziksel aktiviteyi arttırmak için toplumlar, tüm ergenler için güvenli şekilde yapılmasına olanak sağlayan fiziksel aktivite ortamları yaratmalıdır.

HIV/AIDS: 2016 yılındaki verilere göre büyük çoğunluğu Afrika'da olmak üzere yaklaşık 2,1 milyon ergen HIV pozitifti. Ergenlerin kendilerini bu konuda korumalarını bilmeleri gerekir. HIV testine daha rahat ulaşımı sağlamak ve durumları hakkında ergenlere bilgi vermek, ihtiyaç halinde bakım almalarına yardım etmek virüsün daha da yayılmasını önleyecektir (11).

Erken gebelik ve doğum: Ergen doğumlarının önemli bir kısmı gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır. Gebeliğe bağlı sorunlardan ölüm riski ergenlerde, yetişkin kadınlara göre daha fazladır. Ergenin yaşı ne kadar küçükse risk o kadar fazladır. Ergenlerin sağlık hizmetlerine erişimi arttırıldıkça erken gebelikler azaltılabilir. Gebe ergenlerin doğum öncesi bakımlarının arttırılması sağlıklı doğum açısından önemlidir (12). Kanunların izin verdiği şekilde, kendi gebeliklerini sonlandırabilmek için güvenli kürtaja erişebilmelidirler (11).

Cinsel gelişim ergenlik evresinin doğal bir parçası olmakla beraber, dünyada ergenlerin çoğu, cinsel gelişimleri süresince ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerine ulaşamadıkları için risk altındadır. Ergenlik evresinde karşı cinse artan merak ve ilgiden dolayı cinsel deneyimin giderken erken yaşta başlamasından dolayı cinsel yol ile bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler gibi daha pek çok sağlık sorunu riskini arttırmaktadır (12).

Yaralanmalar ve kazalar: Kasıtsız yaralanma, ergenlerde ölüm ve sakatlığın en önde gelen nedenlerindendir. DSÖ 2016 yılında 135 binden fazla ergenin trafik kazalarında hayatını kaybettiğini bildirmiştir. Ölenlerin çoğunluğu yayalar, bisiklet ve motosiklet kullanıcılarıydı. Çoğu ülkede trafik güvenliği yasaları daha kapsamlı ve uygulanabilir olmalıdır. Ergenlerin trafik eğitimleri konusunda titiz davranılmalı, alkol ve madde etkisi altındayken araç kullanmayı yasaklayan yasalar tüm yaş gruplarında titizlikle uygulanmalıdır (11).

Boğulma da ergenler arasında ilk 10 ölüm arasındadır. Çocuklara ve ergenlere yüzme öğretilmesi bu ölümleri engellemek açısından çok önemlidir.

Şiddet: Kişiler arası şiddet, dünya çapında genel olarak azalmasına rağmen, ergenlerde üçüncü önde gelen ölüm nedenidir. Ayrıca dünya çapında 15-19 yaş grubundaki her üç ergen kızdan biri kocası veya partneri tarafından duygusal, fiziksel veya cinsel şiddet mağduru olmuştur. Ebeveynler ve çocukları arasındaki ilişkinin sağlamlaştırılması, alkol ve ateşli

silahlara erişimin azaltılması bu ölümlerin azalmasına yardımcı olabilir. Ayrıca şiddet mağduru ergenlerin fiziksel ve psikolojik destek alması gerekmektedir (11).

ERGEN İLE GÖRÜŞME İLKELERİ

Çoğu ergen sağlık hizmetini akut bir hastalıkta veya spor müsabakalarında gerektiği için alır. Periyodik sağlık muayenesi, doktora riskli davranışları önleme konusunda danışmanlık vermek, riskli durumlar belirlendiğinde önleme imkanı tanır. Ayrıca koruyucu hekimlik, sağlıklı davranışları desteklemek, doğru kararlar alınmasına yardımcı olmak için bir fırsat olabilir. Doktor ergenle görüşmesinde, yaşamın ilerleyen dönemlerinde osteoporoz, demir eksikliği ve ateroskleroz gibi sağlık sorunu oluşturabilecek yeme alışkanlıklarını mutlaka sorgulamalıdır. Genç kızlar açısından vücut yapısı ve şu anki kilosuyla ilgili ne hissettiğini sorgulamak önemlidir.

Görüşmelerde ve muayene esnasında gizliliğe önem gösterilmelidir. Ergenler görüşme esnasında ailelerinin ortamda olmasını istemeyebilirler. Aileleriyle paylaşmaya çekindikleri durumlar olabilir. Bu nedenle hekim görüşmeyi ailesi olmadan da yapmalıdır. İhtiyaç halinde aile görüşmeye dahil edilebilir. Ancak öncelikle ergen bireyden izin istenmelidir.

Öykü alma esnasında mümkünse en az sorunlu alandan başlanarak yeterli diyalog sağlandıktan sonra konular derinleştirilmelidir. Bu soruların diğer ergenlere de sorulduğu dile getirilerek bireysel sorunlar ve riskli davranışlar gündeme getirilmelidir. Ergenlerin psikososyal sağlık risklerini ortaya çıkarmak amacıyla "HEADSSS" algoritması kullanılabilir (13).

Ev (Home): Nerede ve kimlerle beraber yaşadığı, hanedeki diğer bireylerle var olan ilişkisi, ev içinde yaşanan sorunlar, ev içinde çatışma olup olmadığı ve nedenleri, problemlerin ev ortamında ele alınış şekli ve çözümü sorgulanır.

Eğitim (Education): Okula karşı olan ilgisi, ders başarısı, okulda yaşadığı problemler, okulda öğretmenleri ve sınıf arkadaşlarıyla olan ilişkisi öğrenilir.

Faaliyet ve Etkinlikler (Activity): Boş vakitlerini nasıl değerlendirdiği, hobileri, arkadaşlarıyla beraber katılığı sosyal ve sportif faaliyetler, ev ve okul haricinde yapmaktan zevk aldığı etkinlikler sorgulanabilir.

Bağımlılık yapıcı madde öyküsü (Drugs): Sigara, alkol, uyuşturucu madde ve diğer illegal maddeleri ne kadar zamandır ve ne miktarda kullandığı sorulur. Ergende bağımlılık oluşup oluşmadığı saptanır.

Cinsellik (Sexuality): Cinsel gelişim ve alakalı problemleri, cinsel ilişki deneyimi yaşayıp yaşamadığı ve ergenin cinsel sağlığını kötü yönde etkileyebilecek davranış ve tutumları kişiyi rahatsız etmeyecek şekilde sorgulanır.

İntihar (Suicide): Üzüntü, sinirlilik, dargın olduğu insanlar ve durumlar, mutsuz olma durumu, iştah ve uykusunda var olan değişimler, kendisine zarar verme düşüncesi olup olmadığı veya varsa deneyimi, çevresinde intihar girişimde bulunan veya intihar eden tanıdıklarının olup olmadığı, kendisinin intihar konusunda ne düşündüğü veya intihar girişimi planlayıp planlamadığı öğrenilir.

Güvenlik ve şiddet (safety form injury and violence): Arabayla seyahat ederken emniyet kemeri takıp takmadığı, alkol veya madde etkisindeki bir sürücünün aracına binip binmediği sorgulanır. Nerede yaşadığı öğrenilir, okulunda veya mahallesinde şiddet olup olmadığı sorulur. Zorbalığa maruz kalıp kalmadığı veya kendisini koruması gerektiğini hissettiği durumlarla karşılaşıp karşılaşmadığı, aile içi sözel veya fiziksel şiddet maruziyeti ayrıca istismar sorgulanır (13, 14).

ERGENLİK DÖNEMİNDE BESLENME

İnsanın en temel gereksinimlerinin başında beslenme gelir. İnsanların hayatlarını devam ettirebilmeleri için besinlerden sağladıkları enerjiye ihtiyaçları vardır. Alınan besinlerle büyüme ve gelişme, hücrelerin onarımı ve yenilenmesi, üreme ve enerji elde etmede kullanılır. Fakat bu işlevlerin yürümesi için bazı hassas dengelerin kurulması gereklidir (15). Beslenmede önemli olan besin öğelerinin çeşidi, miktarı vücuttaki görevleri, yiyeceklerin birleşimi, fiziksel ve kimyasal özellikleri, gıdaların üretiminde uygulanan işlemlerin gıda kalitesi üzerine etkileri; farklı yaş, cinsiyet, farklı sağlık durumları olan insanlar ve toplumlar için en uygun şekilde planlanmasıdır (16).

Ergenlik dönemi, büyüme ve gelişmenin çok fazla olduğu, çocukluktan yetişkinliğe geçiş evresidir. Bu evredeki fiziksel değişimler, besin ihtiyaçlarını etkilemektedir (17). Ergenlik döneminde yeterli ve dengeli bir beslenme olması kadar önemli başka bir konu da sağlıklı vücut ağırlığı ve bunun korunmasıdır. Bu yaş grubunda bir yandan obezite riski mevcut iken, diğer yandan anoreksiya nevroza gibi birtakım yeme bozukluklarının gelişme ihtimali bulunmaktadır. Yeme bozukluklarının en çok görüldüğü dönemin ergenlik dönemi olduğu bilinmektedir. Ergenlerin beden algıları, onların beslenme davranışlarını büyük ölçüde etkisi altına almakta hatta onları yanlış beslenme davranışlarına yönlendirebilmektedir. Ergenlik

döneminde yaşıtları başta olmak üzere, kişinin çevresinin de etkilemesiyle gıda alımının kısıtlanması veya aşırı arttırılması, düzensiz beslenme alışkanlıkları ve sağlıksız gıdaların tercih edilmeye başlanması gibi yeme davranışı bozuklukları ile sonuçlanabilmektedir (18).

Ülkemizdeki gıda çeşitliliği ve beslenme durumu göz önüne alınarak; günlük olarak alınması gereken temel besinlerin planlanmasında "sağlıklı yemek tabağı" ve "sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite piramidi" düzenlenmiştir (19).

Sağlıklı yemek tabağındaki amaç her öğün esnasında tabakta yer alan her besin grubundan bir besinin seçilerek tüketilmesidir. Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite piramidi besin çeşitliliğine dayalı sağlıklı beslenme ilkesine bağlı, günlük tüketilmesi gereken porsiyon miktarını göstermekte ve ayrıca tüketimin arttırılması veya azaltılması gereken besinleri incelemektedir. Bunun yanında piramidin fiziksel aktiviteye ilişkin kısmı Türkiye fiziksel aktivite rehberine göre geliştirilmiştir (19).

Besin Grupları

Besinler ve içecekler, sahip oldukları öğelerin türü ve miktarı yönünden bazı farklılıklar gösterir. Gıdaları genel içeriklerine göre beş alt başlıkta toplanabilir.

1. **Et, yumurta ve kuru baklagiller**: Bu gruptaki gıdalar, büyüme için şart olan protein açısından, diğerlerinden daha zengin oldukları için ergenlerde tüketimi önemlidir. Bağışıklık sisteminin güçlenmesine yardımcı olarak vücut direncinin artmasını sağlarlar. Ayrıca demir, çinko ve B vitaminleri yönünden iyi bir kaynaktırlar (20).

2. **Süt ve süt ürünleri:** Süt ve süt ürünlerinde inek, manda, koyun, keçi, deve gibi hayvanların sütü kullanılmaktadır. Elde edilen hayvanın türüne göre sütün de içeriği farklı olabilmektedir. Bu gruptaki gıdalar proteinden zengin olup ayrıca kalsiyum, A vitamini ve B vitaminlerinden bazılarını içerirler. Büyümede ve kemik gelişiminde büyük katkısı vardır. Büyüme çağında olan ergenlerde bu nedenle tüketimi önemlidir (19).

3. **Sebze ve meyveler:** Her çeşit sebze ve meyve bu gruba dahil edilir. Bu grup C vitamini, A vitamini, folik asit ve B vitamini, kalsiyum ve demir açısından zengindir. Ayrıca az bir miktarda karbonhidrat ve protein de içerirler. İnsan bağırsağı tarafından

sindirilemeyen posa kısımları, intestinal aktiviteyi arttırır. Bu yolla gastrointestinal sistem kanserlerinden koruyucu rol oynadıkları düşünülür (19).

4. **Tahıllar:** Buğday, pirinç, mısır gibi tahıllar ve bunlardan elde edilen un, ekmek, şehriye, makarna, bulgur gibi ürünler bu gruba dahil edilir. Kompleks karbonhidratların kaynağı olmaları sebebiyle vücutta gereken enerji için önemlidirler. B1, B2, B6 ve E vitamini, folik asit içerirler. Birinci ve ikinci gruba göre daha az oranda protein içerirler.

5. **Yağlar ve şekerler**: Ayçiçeği, mısır ve zeytinden elde edilen bitkisel yağlar, hayvanlardan ve süt ürünlerinden elde edilen katı yağlar ayrıca şeker, bal, pekmez gibi gıdalar bu grubun içinde yer alır. Bu gruptaki besinler enerji ihtiyacının karşılanması, yağda eriyen vitaminlerin taşınması açısından katkı sağlarlar.

Ergenlerde Besin İhtiyacı

Yeterli ve dengeli beslenme; yiyeceklerin bedenin büyümesi ve gelişmesi, dokuların yenilenmesi ve vücut gereksinimi kadar enerji için gerekli olan yeterli miktarda ve oranda tüketilmesidir (21).

Ergenlik döneminde yetersiz ve dengesiz beslenmenin sonucu olarak gelişim süreci yavaşlayıp durabilir. Beslenme bozukluğunu sadece zayıflık olarak algılamak doğru bir yaklaşım değildir. Çocukların yaşına göre olmaları gereken kilonun alt ve üst sınırına dikkat etmek gereklidir.

Yetersiz beslenme; sağlıklı yaşam için gerekli besinlerin yetersiz alınması veya hiç alınmamasıdır. İki durumda ortaya çıkar:

1-Birincil yetersizlik: Besin öğelerinin metabolizmanın ihtiyacı olan miktarda alınmaması sonucu olur. Yanlış beslenme davranışları, ekonomik nedenler, kuraklık ve kıtlık nedeniyle yeterli besin bulamama, batıl inançlar ve eğitimsizlik, rafine edilmiş gıdaların fazla tüketilmesinin sonucu ortaya çıkar (22).

2-İkincil yetersizlik: Gerekli besin öğesinin, sindirim, emilim veya tüketiminin bozulması, büyüme, gebelik ve laktasyon gibi nedenlerle artmış ihtiyacın artması ve karşılanamaması veya hızlı katabolizma ve fazla atılma sonucu oluşur. Yetersiz beslenmenin bir sonucu olarak gelişen tabloya “malnutrisyon” denir (22).

Dengesiz Beslenme: İhtiyaç duyulandan daha fazla besin alındığı veya yeterli miktarda alınmasına rağmen doğru besin seçimi yapılmadığı ya da yanlış pişirme yöntemi nedeniyle gerekli öğelerin bazısının alınamamasıdır (23).

Kişinin fiziksel aktivite düzeyi arttıkça, gıda tüketiminin artması, azaldıkça azalması beklenir. Bu dengenin bozulması durumunda sağlık sorunları meydana gelir. Genelde kişilerin sosyoekonomik koşulları iyileştikçe, fiziksel aktivitesi azalmakta, fakat tükettiği besin öğeleri ve enerjide artış görülmektedir. Besin ihtiyacını etkileyen faktörlerdeki dengesizlik durumu çeşitli sağlık problemlerine neden olmaktadır. Bizim ülkemizde de yetersiz ve dengesiz beslenme çok büyük bir toplumsal sorundur (24).

Ergenlerde Enerji İhtiyacı

Ergenlerde enerji ve besin tüketimi ihtiyacı, büyüme ve gelişme artışına paralel olarak artar. Bu gereksinimler ergenin yaşından çok fizyolojik gelişmelere bağlıdır. Çocukluk evresinde, erkek ve kız çocukların besin ihtiyaçları birbirine benzerlik gösterirken ergenlik evresi ile birlikte cinsiyetler arası gelişim farklılıklarına bağlı olarak ihtiyaçlar da değişir. Bu gereksinimlerin belirlenmesinde her bireyin ergenlik öncesi büyüme ve gelişme durumunun farklı olacağı unutulmamalıdır (25).

Vücudun enerji ihtiyacının sağlanması, dengeli ve yeterli beslenmenin temelidir. Ergenlik dönemindeki büyüme atağı enerji gerektirir. Vücudun büyümesi metabolizmanın enerji ihtiyacını arttırır. Enerji dışındaki diğer ihtiyaçların da karşılanabilmesi için uygun besinler tüketilmelidir. Ergenin enerji ihtiyacı, yaş, cins, vücut kütlesi ve gelişimle alakalı olduğu kadar yaptığı fiziksel aktivitenin derecesine göre de büyük farklılıklar gösterebilir (1).

Fiziksel aktiviteye bağlı olarak enerji ihtiyacında da değişiklikler olur. Futbol, basketbol, yüzme, koşu gibi sportif faaliyetlerde bulunan ergenin enerji ihtiyacı daha çok olacağı gibi herhangi bir sportif faaliyete katılmayan, evden okula gidip gelirken yürümeyen, evde zamanının çoğunu oturarak geçirenin daha az enerji ihtiyacı olacaktır. Bu farklılıklar sebebiyle daha fazla enerjiye ihtiyaç duyan gençlerin daha fazla besin grubuna da ihtiyaç duyması normaldir (26).

BESLENMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Beslenme Durumunun Saptanması

Yirmi yıl öncesine kadar en çok tercih edilen referans değerler; kilo, boy, BKİ ve baş çevresi ölçümüydü. Obezite sıklığının artması beden kitle indeksinin temel bir ölçüt olarak değerlendirilmeye alınmasını zorunlu hale getirmiştir. BKİ vücut yağ oranının büyüklüğü hakkında bilgi verse de dağılımını vermez. Total yağ kitlesi önemlidir ama kardiyovasküler patolojiler ve diyabetes mellitus gelişimi açısından yağ kitlesinin dağılımı risk oluşturur. Zamanla bel çevresi ölçümü vücut yağ dağılımının belirteci olarak metabolik sendrom tanısının ön koşulu haline gelmiştir. Bunun sebebi BKİ normal olmasına rağmen vücutta yağ dağılımı bozulmuş olanların da metabolik sendrom açısından risk altında olmasıdır. Yaşa göre boyun kısa olması (bodurluk) ve boya göre zayıf olma (kavrukluk) gibi durumlarda sadece antropometrik ölçümlerle yapılacak değerlendirmeler, klinik olarak hatalı çıkarımlara yol açabilir. Antropometrik ölçümlerin periyodik muayenelerde yapılması daha doğrudur. Toplumlara göre beden ölçülerinin değişmesi nedeniyle, uluslararası bir standart oluşturmak zordur.

Aile hekimlerinin kendilerine bağlı kişileri izlerken, tararken, olası riskleri belirlerken kullanabileceği referans değerlerin varlığı son derece faydalı olacaktır. Referans ölçütleri için toplumlar arasında, aynı toplumda ise farklı coğrafi veya sosyoekonomik bölgelerde farklılık olabilir. Büyüme ve obezite için referans değerler aynı bölgede olsa bile zamanla değişebilmektedir. Bu sebeple aile hekimleri ve çocuk hekimleri için güncellenmiş, o bölgeye özel referans değerlerinin oluşturulmuş olması önem kazanmaktadır (27).

Beslenme durumunun belirlenmesinde kullanılan yöntemler şunlardır:

-Diyet öyküsünün ve gıda alımının saptanması,

-Biyokimyasal ve biyofizik testler (fonksiyonel testler)

-Klinik belirtiler ve sağlık öyküsü

-Antropometrik ölçümler

-Psikososyal veriler

Bu yöntemlerin hepsi birden veya birkaç tanesi kullanılabileceği gibi ekonomik duruma, zamana ve personelin eğitim duruma göre yöntem seçilir.

Diyet öyküsünün ve besin alımının saptanması: Kişinin besin alımının doğru belirlenmesi için düzgün bir kayıt tutulması ve değerlendirilmesi gereklidir. Fakat bazı kişiler için tüketilen besinin türünü anımsamak zor olabilir. Yaş, eğitim ve zeka düzeyi, psikoloji ve dikkat gibi durumlar hatırlamayı etkileyebilir. Besinlerin öğelere çevrilmesi, özel cetvellerin kullanılmasını ve bu konuda beceriyi gerektirir. Bu cetvellerin doğruluk payı ve besin öğelerinin diyetteki biyoyararlanımı besin alımının doğru saptanmasında sınırlayıcı etmenlerdir. Saptama için kullanılan yöntemler şunlardır (28):

1-24 Saatlik Hatırlama: Kişi son bir gün içinde besinleri ve içecekleri kayıt tutar. Sıklıkla gözlenen tüketilen gıdanın türünü ve miktarını doğru hatırlamama, bir gün öncesinde besin alımının farklı olması, unutma ve çekinme nedeniyle hatalar olmasıdır.

2-Besin Kayıt Yöntemi: Kişiden belli bir zaman dilimi içinde tükettiği tüm besinleri kaydetmesi istenir veya sorularak kaydedilir. Her besinin oluşturduğu besin öğesi hesaplanır. Total miktar gün sayısına bölünerek ortalama miktar hesaplanır.

3-Besin Tüketim Sıklığı: Besin gruplarının tüketimi günlük, haftalık ya da aylık sıklık ve miktarı hesaplanır.

4-Diyet Öyküsü: Günlük besin tüketiminin, sıklığının ve hazırlama, saklama koşulları gibi daha kapsamlı bilgilerin birlikte değerlendirildiği bir yöntemdir. Diyetisyen gibi alanında eğitim almış birine ihtiyaç vardır.

5-Besin Alımının Gözlenmesi: Kişinin tükettiği tüm besinler kayıt altına alınır. En güvenilir yöntem olmasına rağmen çok zaman alan, pahalı ve zor bir yöntemdir. Hastane, huzurevi gibi toplu alanlarda uygulamak daha mantıklıdır.

6-Diyetin Değerlendirilmesi: En doğru ve güvenilir olan değerlendirme yöntemi, tüketilen her besinin, besin bileşen cetveli yardımıyla, bilgisayar programı kullanarak hesaplaması cinsiyete göre önerilen standartlar kullanılarak değerlendirilmesidir.

Biyokimyasal testler: Beslenme durumunun saptanmasında kan proteinleri(albümin, transferrin, pre-albumin, retinol bağlayıcı protein, somatomedin-C gibi), kan yağları, hemoglobin ve hematokrit düzeyleri, kan ve idrarda vitamin ve mineral düzeyleri gibi değerlendirmeler yardımcı olur (28).

Biyofizik yöntemler: Bu yöntemlerle incelenen dokuların fonksiyonel yetenekleri ya da yapısal bozukluklar belirlenir. Beslenme eksikliğinde fizyolojik fonksiyonlarda bozulma olur. Bu bozuklukların belirlenmesi yetersizlikte önemli bir göstergedir. Bu testler (28):

-Karanlığa adaptasyon testi,

-Tat duyusu kaybının incelenmesi,

-Kapiller frajilitenin ölçülmesi,

-Kas ve sinir koordinasyonlarının ölçülmesi,

-El kavrama gücünün ölçülmesiyle kas gücünün incelenmesi,

-Çeşitli epitel doku, biyopsi ve smear alınarak incelenmesi,

-Kemik iliği incelenmesi ile depo demir durumunun saptanması,

-İmmünolojik fonksiyon testleri,

-Kemik mineral yoğunluğunun saptanması,

-Bilişsel yetenek testleri,

-Azot dengesinin sağlanması

Klinik belirtiler ve sağlık öyküsü: Klinik belirtileri tespit edebilmek amacıyla fizik muayene ve anamnez alınması gerekir. Fakat klinik bulgular tam olarak besin öğelerinin eksikliğini belirleyemez. Bunun nedeni klinik belirtilerin çoğunlukla birden fazla besin öğesinin eksikliği sonucu oluşması ve zaman içinde görülmesidir (28).

Antropometrik ölçümler: Antropometrik ölçümler, beslenme durumunun belirlenmesinde, protein ve yağ durumunu göstermesi nedeniyle önemlidir. Büyüme durumunun ve vücut bileşimlerinin (yağlı ve yağsız doku) saptanması bu ölçümlerle mümkündür. Tek bir ölçümle yaşa göre değerlendirme yapılabilir ya da boy uzunluğu ve vücut kütlesi, deri kıvrım kalınlığı veya çevre ölçümleri beraber değerlendirilebilir. Bu ölçümler düzenli aralıklarla tekrarlandığında kişinin beslenme durumu düzgünce değerlendirilebilir (29).

Ağırlık: Ağırlık ölçümü genellikle 100 g hata payı bulunan tartılarla yapılır. Bu tartıların en önemli avantajı ise taşınabilir olmalarıdır. Ancak ölçümlerin düzenli olarak yapıldığı

merkezlerde antropometrik ölçümlerin yapılabileceği cihazlar kullanılabilir. Tartılırken kişinin, iç çamaşır veya hafif kıyafetlerle tartıya çıkması önerilir (29).

Boy: Sırt, düz bir duvara ya da yüzeye dayalı konumda, kişi ayaktayken, başı dik ve tam karşıya bakar durumdayken (Frankfurt düzlemi), başın en üst noktası ile ayak tabanları arasındaki yer, sabit bir ölçek ile ölçülür (29).

BKİ (Beden Kitle İndeksi): Ağırlığın kilogram cinsinden, boyun metre cinsinden karesine bölünmesiyle elde edilir (kg/m^2).

Karın ve Bel Çevresi: Bel çevresi ölçümü, ayakta ve ekspiryumun sonunda, iliak krest ve 12. kosta arasında, yere paralel şekilde, bel çevresine sarılan esnek olmayan mezür ile yapılır.

Çocuklarda üç yaşına kadar yatar pozisyondayken, orta solunum döneminde ölçülür, daha sonraki yaşlarda ise ayakta ölçülür (29).

Üst Orta Kol Çevresi: Sol kol dirsek hizasından 90^o bükülür. Omuz (akromion) ve dirsek (olekranon) çıkıntısı arasındaki mesafenin orta noktası işaretlenir. Kol daha sonra aşağı doğru serbest bırakılır. Kolda işaretlenen yerden yere paralel bir şekilde, esnek olmayan mezür ile kol çevresinin ölçümü yapılır (29).

Cilt Kıvrım Kalınlığı: Bu ölçümler vücutta ondan fazla noktada yapılmakla beraber en sık triseps ve subskapular bölge tercih edilir. Triseps, biseps, subskapular ve suprailyak deri kıvrım kalınlıklarının toplamından elde edilen değer ile vücut yağ miktarı ve yağsız doku belirlenebilir.

Triseps deri kıvrım kalınlığını bulmak için önce sol kol dirsek hizasından 90^o derece bükülür. Omuz (akromiyon) ile dirsek (olekranon) çıkıntıları arası orta nokta belirlenir. Daha sonra kol vücudun yanında serbest bırakılır. Epikondil hizasından yukarı doğru işaretlenen yerde cilt dokusu sol elin işaret ve başparmaklarıyla tutulur. Sağ el ile kaliper kullanılarak ölüçülür. Kişi ölçüm esnasında ayakta dik olarak durur. Küçük çocuklarda ise ölçüm anne kucağında yapılabilir. Biseps cilt kalınlığı ölçümü için de triseps için daha önce işaretlenen seviyenin anterior bölümünden ölçüm yapılır.

Subskapular deri kıvrım kalınlığı ölçümü amacıyla sol skapulanın alt köşesi işaretlenir. Sol elle cilt omuriliğe 45 derecelik açıyla tutularak ölçülür. Suprailiak deri kıvrımının kalınlığı ise iliak kemiğin 2 cm üstünden orta aksiller çizgi hizasında subskapular ölçümle aynı şekilde (alt kaburga ile iliak kemik arası) yapılır (29).

Biyoelektrik İmpedans: El-bacak veya bacak-bacak ekseninde 50 kHz elektrik akımına karşı gelişen dirençten vücut yağ yüzdesi hesaplanır. Ölçümün doğru olabilmesi için son üç saatte herhangi bir şey yememiş olmak, son iki saatte ağır egzersiz yapmamış olmak, ölçüm öncesi mesanenin boş olması ve öncesinde 5 dakika dinlenmiş olunması önerilir (29).

BESLENME BOZUKLUKLARI

Ergenlik dönemindeki hatalı beslenme davranışları zayıflık, obezite, anemi, vitamin eksiklikleri ve diş çürükleri gibi sağlık problemlerinin yanı sıra diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Besinlerin temin edilmesinde, üretimdeki ekonomik ölçütler, kişinin beslenmesini etkileyen kültürel yönler, çevrenin hijyeni, içinde yaşanılan toplumun sağlık bilgisi, ayrıca alınan sağlık hizmetlerinin kalitesi de beslenme bozukluğunun oluşumundan sorumludur (30).

Malnutrisyon

Malnutrisyon, tüketilen besinlerin ve metabolizmanın artan ihtiyaçlarının karşılanması arasındaki eşitsizliği ifade eder. Bunun sonucunda vücut kitlesinde azalma, organ ve sistemlerin fonksiyonlarında azalma meydana gelir. Malnutrisyon denildiğinde genellikle kastedilen protein ve/veya enerji malnutrisyonudur. Ancak bazen obezite gibi kalori fazlalığı ya da vitamin toksisitesinden bahsediliyor olabilir. Malnutrisyon tanısı için genel olarak kabul edilmiş uluslararası bir kriter mevcut değildir. Vücut kitlesinin son altı ay içinde % 10'dan fazla kaybı veya nutrisyonel skorlar en çok kullanılanlardır (31).

Ülkemizde düşük ekonomik gelir ve eğitim düzeyi, besin kaynaklarının adaletli dağılmaması, hatalı beslenme alışkanlıkları ve bunların yanında kötü hijyen koşulları gibi pek çok faktör malnutrisyon gelişimine neden olmaktadır. Kötü fiziksel koşullar ve enfeksiyonlar, malnutrisyonu daha da kötüleştirmektedir (32).

Malnutrisyon türünün ve ne derecede olduğunun belirlenmesinde antropometrik ölçümlerden yararlanılır. Bunlar, ağırlık, boy, baş çevresi, deri kalınlığı ve üst kol çevresidir. Yaşa göre boy uzunluğu, büyümenin göstergesidir ve malnutrisyon açısından uzun dönemdeki etkileri göstermektedir. Yaşa göre ağırlık ise hem akut hem de kronik yetersizliği gösterir. Boya göre ağırlığın düşük olması da bize, akut malnutrisyon için fikir verir. Marasmus ve kwashiorkor, malnutrisyonun iki temel sınıflamasıdır ve ağır düzeyde protein enerji yetersizliği

sonucunda ortaya çıkarlar. Klinikte en sık rastlanan iki tipin karışımı olan marasmik kwashiorkor'dur (22).

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde gençlerin artmış gıda ve enerji ihtiyacının yetersizliği büyüme gelişme geriliğinin yanında vitamin ve mineral eksikliğidir. Bu dönemde yetersiz beslenmenin pek çok nedeni mevcuttur. Ev dışında yemek yeme isteğinin artması, ana öğünleri atlama ve öğün arası atıştırma alışkanlığı da oluşur. Ergenlik döneminde kazanılan bu yanlış eğilimler kalıcı olabilmekte ve sağlığını hayatı boyunca etkileyebilmektedir (1).

Malnutrisyon nedenleri:

1-Birincil nedenler;

-Yetersiz alım: Açlık(kuraklık, kıtlık), yoksulluk(düşük gelir), eğitim düzeyi düşüklüğü (batıl inançlar, beslenme alışkanlıkları).

2-İkincil nedenler;

-Yetersiz sindirim (cerrahi, kısa barsak sendromu)

-Yetersiz emilim (çölyak hastalığı, kistik fibrozis)

-Yetersiz alım (anatomik defektler, yarık damak, yarık dudak)

-Artmış ihtiyaç (büyüme, laktasyon, gebelik, enfeksiyonlar)

-Fazla atılım, hızlı katabolizma (enfeksiyonlar, maligniteler, yanıklar) (22).

Obezite

Latince "obessus" kelimesinden türetilmiştir. Kelime anlamı iyi beslenmiş demektir. DSÖ'ye göre obezite vücutta sağlık durumu bozabilecek kadar fazla ve anormal derecede yağ birikimidir (33). Diğer bir tanıma göre obezite vücut yağ oranın artması nedeniyle, endokrin ve metabolik değişikliklerle sonuçlanan kompleks ve multifaktöriyel hastalıktır (34). Obeziteyle beraber kronik hastalıkların arttığı, bu hastalıklar nedeniyle yaşam kalitesinin ve beklenen yaşam süresinin azaldığı bilinmektedir. Çocukluk çağı obezitesi bu nedenle toplum sağlığı açısından çok önemlidir (35).

Obezite gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde sıklığı sürekli artan önemli bir toplum sağlığı sorunudur. DSÖ tarafından yönetilen, Asya, Avrupa ve Afrika'da yapılan MONİCA çalışmasında, obezite prevalansında son on yılda neredeyse yüzde 30 civarı artış olduğu saptanmıştır (36).

Ülkemizde 2010 yılında gerçekleştirilen Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA-2010)'da, 6-18 yaş arasındaki çocuklarda hafif şişmanlık (% 14,3) ve obezite (% 8,2)'nin görülme sıklığı % 22,5 olarak saptanmıştır (37).

Obezitenin oluşmasını etkileyen faktörler:

1.Genetik faktörler: İnsan genom çalışmalarından edinilen bilgilere göre obeziteyle ilgili günümüzde 140'tan fazla gen bölgesi bulunmuştur. Aynı çevresel koşullarda yaşayıp, aynı şekilde beslenen ve sedanter bir yaşam süren insanların obezite durumlarının farklı olması genetik ile alakalıdır. Obezite, kişilerin genetiğinin fenotipik olarak yansımasını değiştirir. Monojenik obezite ise anormal yeme davranışına endokrin bozuklukların eşlik ettiği nadir görülen erken başlangıçlı obezitedir. Besin alınımın hipotalamus kontrolünde yer alan alan leptin-melanokortin yolağının otozomal resesif geçişli mutasyonu ile oluşur. Melanokortin-4 reseptörüyle de obezite ilişkilidir ve MC4R geninde oluşan mutasyonlar obez kişilerin % 2-3 ünde mevcuttur (38, 39).

2.Çevresel faktörler: Obezojenik çevre kavramı ilk olarak 1990'lı yıllarda ortaya atılmış, kişiler için kilo almaya müsait ancak kilo vermeye elverişsiz ortam olarak tanımlanmıştır. Obez kişiler sağlıklı kişilere göre beslenme davranışı ve fiziksel aktivite açısından risk faktörü olan ortamlara daha fazla maruz kalırlar. Günümüzdeki çevresel koşullar, kalorisi yüksek, besin değeri ise düşük olan gıdaların tüketimini arttırmaktadır (40).

3.Psikolojik faktörler: Çocukların stresli ortamlarda büyümesi obezite için risk faktörü sayılmaktadır. Aile içi problemlere maruz kalan çocukta kortizon hormonu artar. Bu hormona uzun süre maruziyet sonucunda iştah artışına neden olabilmektedir. Ebeveynlerin çocuklarıyla kaliteli vakit geçirmemesi, içe kapanma ve sedanter yaşama sebep olabilmektedir. Stresli çevrede yetişen bireylerde özdenetim düşüklüğü olabilmekte bu da ileri yaşlarda yeme bozukluklarına neden olabilmektedir (41, 42).

4.Fiziksel aktivite ve beslenme: Obezitenin en sık nedenleri sedanter yaşam tarzı ve yüksek enerjili beslenme davranışıdır. Avrupa ve Amerika'da yapılan çalışmalar bize kişilerin yalnızca % 20'sinin fiziksel aktivite yaptığını göstermektedir. Fiziksel aktivite ve obezitenin incelendiği çalışmalarda ekran başında geçirilen zamanın artmasıyla obezite arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Kentsel yaşamda kalabalık nüfus ve ileri teknoloji insanların yaşam tarzını değiştirerek daha sedanter bir anlayışı getirmiştir. Ayrıca günümüzde yaygın olan yağ ve şeker içeriği fazla olan gıdalar, fast-food tüketimi, gece yeme alışkanlıkları, hazır ve paketli gıdalar da obezitenin artmasına yol açmaktadır. Açlık plazma glikoz seviyesi fazla olan kişilerin kilo kaybetmesi daha zordur ancak tam tahıl ve lifli gıdalar içeren diyetler kişilerin kilo kaybını ve korumasına yardımcı olur. Ayrıca yapılan çalışmalarda yüksek glisemik indekse sahip gıdaları tüketen kişilerin kan glukoz düzeyinin daha hızlı pik yapıp düştüğü ve bunun sonucunda daha çabuk acıktığı bulunmuştur (43, 44).

Ergenlik dönemi obezitesi: Obezite vücuttaki yağ dokusu artışına bağlı önemli bir sağlık problemi olup ergenlerde de sık rastlanır. Ergen obezlere uygun müdahaleler geciktikçe yaklaşık % 80'inin erişkinlikte de obez olduğu bilinmektedir. Ergenlik dönemindeki obezite genellikle yanlış beslenme davranışına bağlı olarak gelişir. Ayrıca obezite ile kronik hastalık ilişkisi ve yetişkin dönemde tedavisi zor obezitenin temelleri ergenlik döneminde oluşmaktadır (45).

Obezitenin sağlık ve sosyal sonuçları:

1.Fiziksel sorunlar: Obezite sadece yaşamın ilerleyen dönemlerinde değil, çocukluk ve ergenlik çağında da kronik hastalıklara sebebiyet vermektedir. Kardiyovasküler ve ortopedik hastalıklarla beraber pulmoner, nörolojik, gastroenterolojik ve endokrin sistem üzerinde etkisi olan pek çok hastalığa neden olmaktadır. Obez çocuklarda primer hipertansiyon ve tip 2 diyabetes mellitus sıklığının arttığı saptanmıştır. Erişkinlere benzer şekilde hiperlipidemi tabloları ve artmış yükten kaynaklanan kemik, eklem ve bağ dokusu hastalıkları görülmektedir (46).

2.Emosyonel ve psikososyal sorunlar: Obez adölesanlarda en sık görülen problemlerdir. Anksiyete, depresyon, distoni, enürezis gibi problemler görülebilir. Bu patolojilerin dışında öfke, özgüven kaybı, beden imajının beğenilmemesi, çevresindekilerin kendilerini küçük gördüğünü düşünmesi, damgalanma ve dışlanmışlık hissi ve bu nedenlerle içe kapanma ve sosyal işlevlerde sorunlar sık görülür (46).

3.Akademik sorunlar: Bu konuyla ilgili gerçekleştirilen çalışmalarda obez öğrencilerin, normal kilodaki öğrencilere kıyasla okul performanslarının düşük olduğu, kendilerini okula bağlı hissetmedikleri ayrıca ileriki hayatlarını başarıyla sürdüremedikleri belirlenmiştir. Ayrıca obezitenin neden olabileceği uyku apnesi gelişmesi nedeniyle öğrenme ve hafıza sorunlarına neden olabilir (46).

Yeme Bozuklukları

Bu bozukluklar yemek yeme ya da ilgili davranışlarda problemler nedeniyle, fiziksel ve psikolojik fonksiyonları yüksek düzeyde etkileyen psikiyatrik sorunlardır. Yeme davranışlarında anormal değişimlerle başlayıp, hayatı tehdit eden kronik hastalıklara kadar uzanan geniş bir yelpazesi vardır. Yeme bozukluğunun görülme sıklığının giderek artışı ve başlangıç yaşının düşmesi, ayrıca ciddi hastalıklara yol açma riski nedeniyle bu konuda her gün daha çok çalışma yapılmaktadır. Ergenlik dönemi fiziksel görünüşün önem kazandığı, bedenle ilgili duygu ve düşüncelerin değişime uğradığı bir evredir. Yeme bozukluğunda bilişsel, psikolojik yatkınlık, ayrıca aile iletişimi ve sosyal etmenlerin risk faktörü olduğu gösterilmiştir. DSM-5 tanı kriterlerinde, 8 yeme bozukluğu davranışından, 3 önemli yeme bozukluğu üzerinde durulmuştur (47).

1-Anoreksiya nervoza: Zayıf bir bedene sahip olma dürtüsüyle kilo verme amacıyla birtakım özgün davranışlarda (besin alımının aşırı kısıtlanması, kendi kendini kusturma, aşırı egzersiz yapma, laksatif- diüretik kullanma gibi) bulunma eğilimi olan bir tablodur (47).

2-Bulimiya nervoza: Hasta kontrol altına alamadığı aşırı yeme ataklarının ardından, kilo alımını önleme amacıyla isteyerek kendini kusturma, laksatif, diüretik, lavman kullanımı ve aşırı egzersiz gibi davranışlara yönelir (47).

3-Tıkınırcasına yeme bozukluğu: Kişinin belli bir zaman diliminde ve aynı durumda pek çok kişinin tüketebileceğinden çok daha yüksek miktarda yiyecek tükettiği, bu davranışı kontrol edemediği ve tekrar ettiği yeme bozukluğudur (47).

ERGENLERDE FİZİKSEL AKTİVİTE

Fiziksel aktivite genel kapsamlı bir terimdir ancak kısaca enerji harcanmasına neden olan vücut kaslarının kasılması sayesinde gerçekleştirilen hareket olarak tanımlanabilir. Günümüzde toplumların modernleşmesine bağlı olarak teknolojinin de gelişmesiyle beraber, fiziksel aktivitenin azaldığı, kişilerin sedanter bir hayat tarzına yöneldiği bilinmektedir. Çocukların büyüme ve gelişimi sırasında sağlıkla büyüyebilmeleri için bu koşullarda fiziksel aktivite üzerinde önemle durulmalıdır (48).

Düzenli yapılan fiziksel aktivite, çocukların ve ergenlerin sağlıklı bir şekilde büyümelerinde, kötü alışkanlıklardan uzak durmalarında, akranlarıyla sosyalleşmelerinde, yetişkinlik döneminde karşılaşacakları çeşitli kronik hastalıkların korunmada, aktif bir yaşlılık dönemi yaşamalarında yani özetle tüm hayatı boyunca yaşam kalitesinin artmasına destek olacaktır (49).

Fiziksel aktiviteyle fazla enerjisini atan çocuklar, aynı zamanda sosyal bir gruba da dahil olmuş olurlar. Ayrıca çevresindekilerin destek sağlaması ve spor alanında kazandığı başarılar onu motive eder. Sağlığı, fiziksel görünümü ve kazandığı beceriler ergenin arkadaş ortamında da saygı uyandırır. Bu şekildeki pozitif katkılar ders başarısını da olumlu yönde etkiler (50).

Yetersiz yapılan fiziksel aktivite ve yanında sedanter yaşam tarzı hem çocukluk hem de ergenlik döneminde obezitenin meydana gelmesine neden olan en önemli etmenlerden biridir (49). Ailenin sağlıklı beslenmeye ek olarak çocuğun televizyon, bilgisayar benzeri etkinlikleri kısıtlayıp fiziksel aktiviteye teşvik etmeleri önerilmektedir. Fizik aktivitenin, aktif takım oyunları tarzı etkinlikler, bisiklet binme, koşu gibi en az orta derecede yapılması ve her gün 30 dakika sürmesi önerilmektedir (51).

Ruh sağlığı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilere bakılacak olursa, fiziksel aktivitenin pozitif duygu durum ile ilişkili olduğu, öz saygıyı, fiziksel ve psikososyal iyilik halini arttırdığı bilinmektedir. Özellikle ergenler arasında ruh sağlığı problemlerini ve intihar girişimlerini azaltır. Araştırmalara göre fiziksel aktivitenin, depresyon ve anksiyete bozukluklarında tedavide, ilaç tedavisi kadar etkili olabileceği saptanmıştır (52).

ERGENLİK VE BEDEN ALGISI

Beden algısı zihnimizde biçimlendirdiğimiz vücudumuzun kendimize nasıl göründüğüdür ve benlik saygısı ile alakalıdır. Beden algısı, kişinin zihninde canlandırdığı ve

bedeninin kendisine ne şekilde göründüğüdür. Beden algısı kişide, bir yaş civarı kendisini kendi olmayandan ayırt etmeye başladığı dönemde oluşur ve hayat boyu sürekli değişerek devam eder. Yani aslında kişide, fiziksel özelliklerin önemli olması görüşü çok erken yaşlarda edinilir (53).

Ergenlik evresinde olan en önemli değişiklikler nedeniyle, ergenin önüne çıkan bir diğer durum da kendi bedenini olduğu gibi kabuldür. Bunun olması için ergenin olumlu bir beden algısının olması gerekmektedir. Beden algısı kişinin kendi dış görünüşüyle ilgili olan duygularıdır. Kendi bedenini kabuldeki amaç bireyin fiziksel özellikleri ne olursa olsun buna karşı gerçekçi bir bakış açısı ve aynı zamanda bununla mutlu olmasını sağlamaktır. Beden algısıyla ilgili sorunların en yoğun yaşandığı dönem ergenliktir. Çünkü ergenlik fiziksel değişimlerin yoğun yaşandığı ve bu değişimlerin algılanmaya çalışıldığı ve dış görünüşle yoğun olarak ilgilenildiği bir dönemdir (54).

Bazı ergenler dış görünüşlerine akranlarından daha az önem verirler. Bu farklılığın sebebi ergenin dış görünüşünü ne derecede benliğinin ve özgüveninin merkezine yerleştirdiğiyle alakalıdır. Beden algısı ve özgüven arasındaki bu anlamlı ilişki yüzünden ergenlerin çoğu fiziksel görünüşüne önem vermektedir. Bu sebeple, fiziksel görünüşteki değişimlerin ergenlerin özgüvenini zedeleyebilecek bir unsur olduğu unutulmamalıdır (55).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamız 2019-2020 eğitim öğretim yılının ikinci döneminde Edirne İl Merkezi'ndeki lise sınıflarında öğrenim gören öğrenciler ile yapılmıştır. Etik kurul onayı Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulunun (TÜTF-BAEK) 14.10.2019 Tarihli 2019/370 sayılı kararı ile alınmıştır. Uygulama izni Edirne İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden 23.01.2020 tarihli 1725825 sayılı karar ile alınmıştır. Edirne ili merkez ilçesinde bulunan milli eğitim müdürlüğüne bağlı liselerin hepsi gönüllü olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Devlet ve özel liselere kayıtlı olan toplam 7759 öğrenci çalışmamızın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem için Edirne İl Merkezi'ndeki 35 lisede, her eğitim öğretim döneminden bir şubeye ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmamız öğrencilere okulda oldukları esnada ulaşarak anket yöntemi ile yapılmıştır. Toplamda 1600 öğrenciye ulaşılmıştır.

Edirne İl Merkezi'nde lise öğrencisi olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak araştırmaya dahil edilme kriterleri olarak belirlendi. İletişimi engelleyecek bir problemin olması ve çalışmaya katılmayı kabul etmemek ise araştırmaya dahil edilmeme kriteri olarak belirlendi.

Anket formuna yanıt vermeyen ve hatalı basım nedeni ile cevap verememiş olan 60 katılımcı çalışmadan çıkartılmış ve geriye kalan 1540 veri formu çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların kimlik bilgileri toplanmamıştır. Katılım onayları anket veri formunun girişinde yer alan, çalışmayı açıklayan ve çalışamaya katılımlarını talep eden içerik ile sağlanmıştır.

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket yardımıyla toplandı. Anket katılımcıların sosyodemografik özellikleri, boy ve kiloları, kişilerin beslenme özellikleri, fiziksel aktivite durumu, yaşam tarzına yönelik 25 soru, fiziksel aktivite durumlarını saptamaya

yönelik 7 sorudan oluşan uluslararası fiziksel aktivite anketi ve yeme davranışlarını belirlemeye yönelik 58 sorudan oluşan yeme davranışı ölçeği olmak üzere toplam 90 sorudan oluşmaktadır.

ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ-KISA FORM

"International Physical Activity Questionnaire – Short Form", fiziksel aktivite ve inaktivite durumunu ölçmek amacıyla DSÖ ile CDC'nin desteğiyle çeşitli ülkelerin araştırmacılarının katılımıyla oluşturduğu uluslararası konsensüs grubu tarafından 1997-1998 yıllarında geliştirilen ankettir. 15-69 yaş arasında son bir hafta içinde en az 10 dakika süre ile yapılmış olan üç temel aktivite (yoğun aktivite, orta yoğunlukta aktivite ve yürüme) ve ortalama bir gün içinde geçirilen hareketsiz süreyi tespit etmek amacıyla sorular mevcuttur. Üç aktivite için de metabolik eşdeğer skoru (metabolic equivalent threshold; MET) hesaplanıp toplanır. Skoru hesaplamak için her birinin toplam yapılma süresi ve sıklığı (dakika ve gün) gereklidir. Aktivitenin MET değeri ile gün ve dakikanın çarpımı MET skorunu verir. Sonuçlar fiziksel olarak aktif olmayan (<600 MET-dk/hafta), düşük düzeyde aktif (600-3000 MET-dk/hafta) ve yeterli düzeyde aktif (>3000 MET-dk/hafta) olmak üzere üç kategoride değerlendirilir. Ölçeğin Türkçe formu "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA)" adıyla, uzun form (UF) ve kısa form (KF) olmak üzere Türkçeye uyarlanarak, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında Sağlam ve ark. (56) tarafından yapılmıştır. Türk toplumunda uygulanması uygun bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,76 olarak saptandı.

YEME DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ

Yeme davranışı ölçeği, adölesanların yeme davranışlarını saptamak amacıyla literatür değerlendirilerek hazırlanan ifadelerle 58 maddeden oluşan likert tipi (metrik) bir ölçektir. Uygulanan yeme davranışı ölçeği için 10 cm'lik bir eksen üzerinde, davranış dereceleri olumlu maddeler için soldan, olumsuz maddeler için ise sağdan başlangıç noktası alınmak şartıyla 0 ve 10 arasındaki değerler belirlenmiş ve puanlanmıştır. Toplam 580 puandır. Adölesanların yeme davranışı düzeyi aldıkları puanlara göre; kötü ($\leq$ 145), orta (146-290), iyi (291-435) ve çok iyi ($\geq$ 436) olarak belirlenmiştir. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2013 yılında Özdoğan (57) tarafından yapılmıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

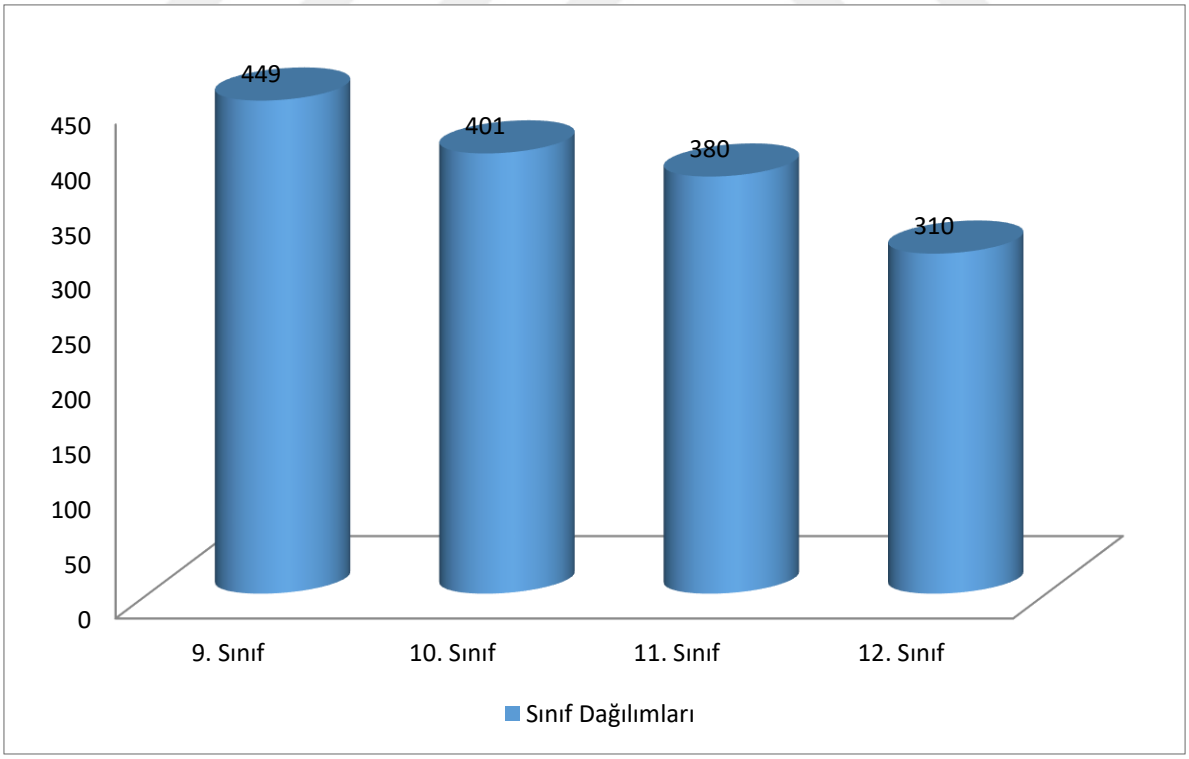
Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no:10240642) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Araştırmadaki anket verilerinin normal dağılıma uygun olmadığı saptandığı için çalışmamızda non-parametrik testler kullanıldı.

İstatistik yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare analiz testi ve Spearman korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) ilgili testlerle birlikte gösterildi ($p<0,05$ olduğunda anlamlı, $p\geq0,05$ olduğunda anlamsız kabul edildi).

BULGULAR

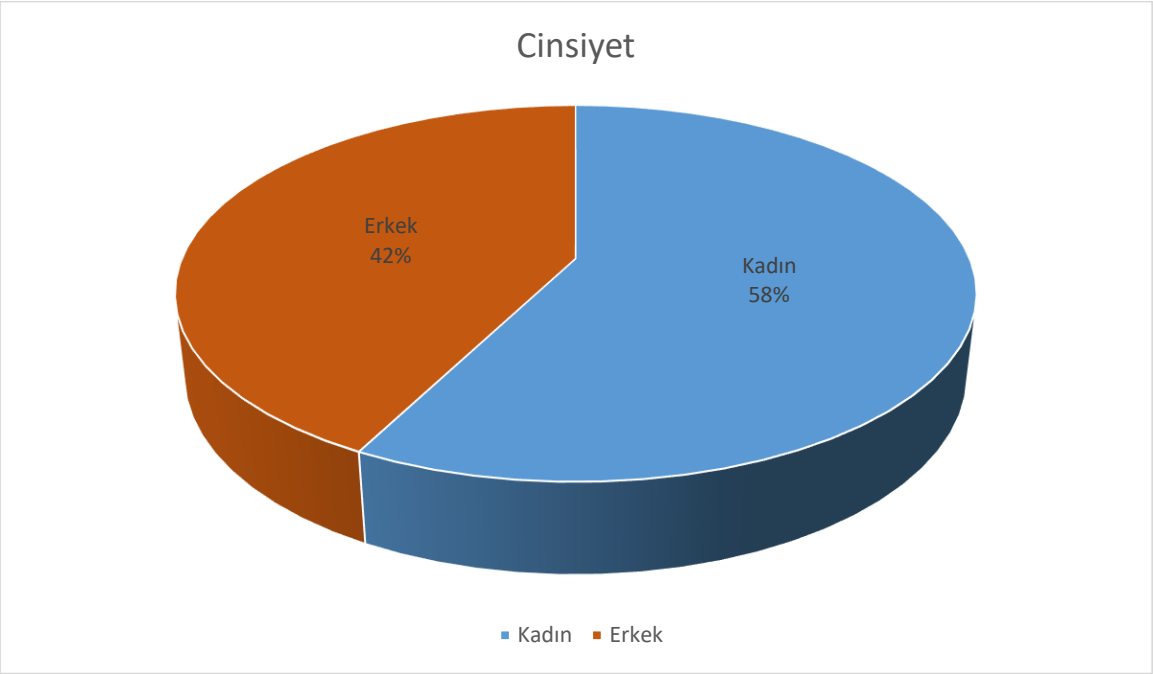
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya toplam 1540 öğrenci dahil edilmiştir. Sınıflara göre dağılımları incelendiğinde 449 öğrenci(% 29,2) 9. sınıf, 401 öğrenci (% 26) 10. sınıf, 380 öğrenci (% 24,7) 11. Sınıf, 310 öğrenci (% 20,1) 12. sınıfa devam etmekteydi (Şekil 1).



Şekil 1. Öğrencilerin sınıflara göre dağılımı

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde, yaş ortalaması 16,07 ± 1,16 (minimum 13, maksimum 19) yıl olarak saptanmıştır. Öğrencilerden 887 kişi kadın cinsiyette, 653 kişi erkek cinsiyetteydi (Şekil 2).



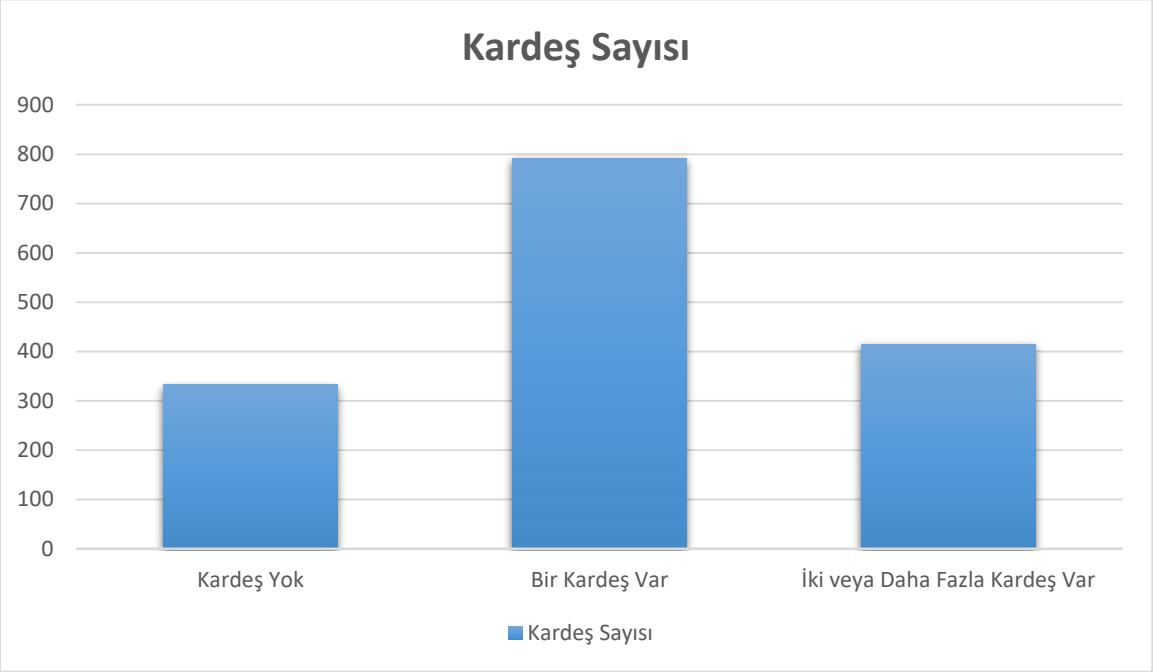
Şekil 2. Öğrencilerin cinsiyete göre dağılımı

Çalışmaya katılan öğrencilerden 992 kişi hane halkı gelirini belirtmiştir. Bu öğrencilerin hane halkı aylık gelir ortancası 5.000 (minimum 0, maksimum 120.000) TL olarak saptanmıştır. TÜİK 2018-2019 hane gelirlerine göre Tekirdağ-Edirne-Kırklareli alt bölgesinin aylık hane toplam gelir ortalaması 4.686 TL olarak açıklanmıştır. Hane halkı gelirini belirten öğrencilerden 418 kişi (% 42) ortalamanın altında, 574 kişi (% 58) ortalamanın üzerinde gelir sahibidir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin gelir durumuna göre dağılımı

Gelir	**Kişi Sayısı(n)**	**Yüzde(%)**
0-4686 TL	418	42,1
4687 TL ve üstü	574	57,9

Çalışmaya katılan öğrencilerden 333 öğrenci (% 21,6) tek çocuk olduklarını belirtirken, 792 öğrenci (% 51,4) 1 kardeşi olduğunu, 415 öğrenci (% 27) ise 2 kardeşi ve üzeri olduğunu ifade etmiştir (Şekil 3).



Şekil 3. Katılımcıların kardeş sayılarına göre dağılımı

Öğrencilerin yaşadığı yer sorgulandığında, cevap veren öğrenciler içinden 117 kişi (% 7,6) köy, 162 kişi (% 10,5) ilçe merkezi, 1259 kişi (% 81,9) ise il merkezinde yaşamaktaydı (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin yaşadıkları yere göre dağılımı

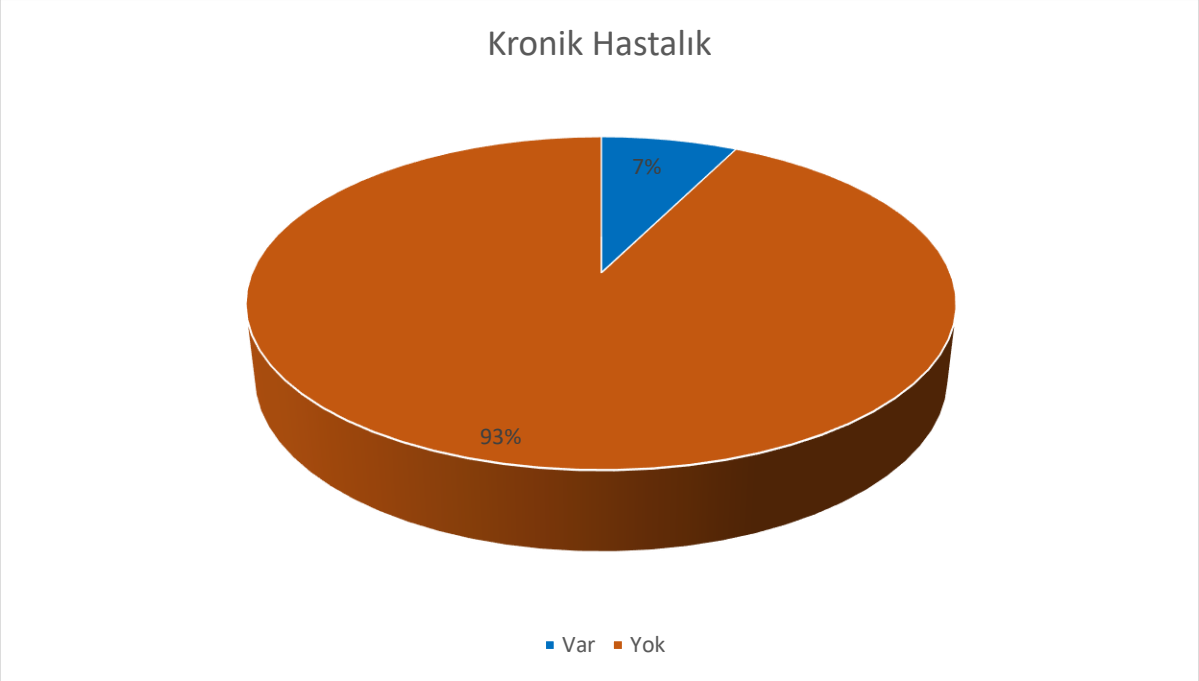
Yaşanılan Yer	Kişi Sayısı(n)	Yüzde(%)
Köy	117	7,6
İlçe Merkezi	162	10,5
İl Merkezi	1259	81,9

Çalışmaya katılan çocukların anne ve babaların eğitim durumlarına bakıldığında, soruyu cevaplayan öğrencilerin annelerin okur-yazar olmama oranları babalara göre daha yüksek ve babaların üniversite mezunu olma oranları annelerine göre daha yüksekti (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin anne ve babalarının eğitim durumları

Öğretim Durumu	Anne		Baba	
	Kişi sayısı(n)	Yüzde(%)	Kişi sayısı(n)	Yüzde(%)
Okur-yazar değil	37	2,4	14	0,9
İlkokul	360	23,5	221	14,4
Ortaokul	287	18,7	328	21,4
Lise	528	34,5	540	35,3
Üniversite ve üzeri	321	20,9	429	28

Çalışmaya katılan öğrenciler arasında kronik hastalık sorusunu yanıtlayanlar içinde, kronik hastalığı olan 114 (% 7) kişiydi (Şekil 4).



Şekil 4. Katılımcıların kronik hastalık durumları

Çalışmaya katılan öğrenciler arasında düzenli olarak ilaç kullanımı sorusuna cevap veren öğrenciler içinde, düzenli ilaç kullanan kişi sayısı 92 (% 6) idi (Şekil 5).



Şekil 5. Katılımcıların düzenli ilaç kullanım durumları

Ailesinde kronik hastalık olup olmadığı sorulduğunda, soruyu yanıtlayan öğrenciler içinde ailesinde kronik hastalık olan öğrenci sayısı 298 (% 19,4) idi (Şekil 6).



Şekil 6. Katılımcıların ailesinde kronik hastalık olma durumları

Ailesinde obez/yüksek kilolu olup olmadığını belirten öğrenciler arasında, ailesinde obez/yüksek kilolu olan kişi sayısı ise 148 (% 9,6) idi (Şekil 7).



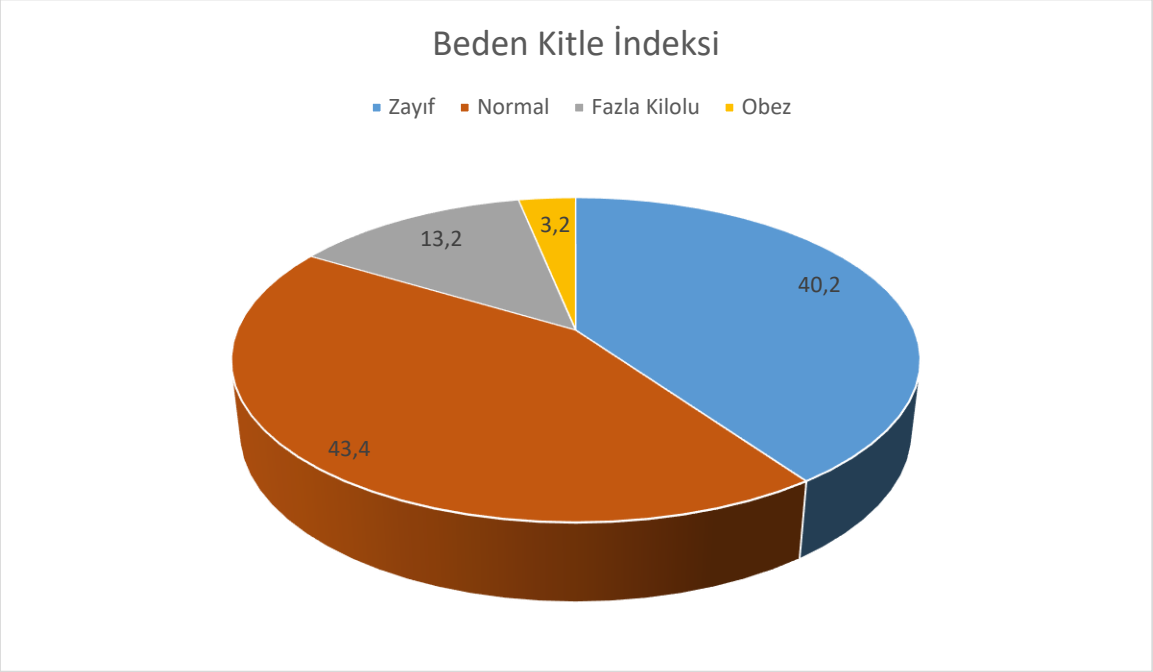
Şekil 7. Katılımcıların ailesinde obez/yüksek kilolu birey varlığı

Çalışmaya katılan öğrencilerden 1512 öğrenci boyunu biliyordu. Bu öğrencilerin boy ortalaması 169,39 ± 8,78 cm idi. En kısa boy 145 cm en uzun boy 200 cm olarak belirtilmişti. 1484 öğrenci kilosunu belirtmişti. Bu öğrencilerin vücut ağırlıklarının ortalamaları 62,03 ± 13,45 kg idi. En düşük kilo 35 kg, en yüksek ise 125 kg olarak belirtilmişti. Hem boyunu hem de kilosunu belirten 1476 öğrencinin beden kitle indeksi hesaplandı. Bu öğrencilerin beden kitle indeksi ortalamaları 21,52 ± 3,80 kg/m^2 idi. En düşük beden kitle indeksi 13,79 kg/m^2, en yüksek beden kitle indeksi 44,08 kg/m^2 idi (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve beden kitle indeksi

	Kişi Sayısı (n)	Ortalama ± ss	Minimum-maksimum
Vücut Ağırlığı (kg)	1484	62,03 ± 13,45	(34-125)
Boy Uzunluğu (cm)	1512	169,39 ± 8,78	(145-200)
BKİ (kg/m^2)	1476	21,52 ± 3,80	(13,79-44,08)

Beden kitle indeksi kategorilerine göre boyunu ve kilosunu belirten öğrencilerden, 593 kişi (% 40,2) zayıf, 640 kişi (% 43,4) normal, 194 kişi (% 13,2) fazla kilolu, 47 kişi (% 3,2) ise obez kategorisindeydi (Şekil 8).



Şekil 8. Öğrencilerin beden kitle indeksleri

Öğrencilere kendilerini dış görünüş olarak nasıl değerlendirdikleri sorusuna cevap veren öğrenciler içinde, 198 kişi (% 12,9) zayıf, 977 kişi (% 63,4) normal, 321 kişi (% 20,8) kilolu ve 43 kişi (% 2,8) ise kendini çok kilolu/obez olarak değerlendirmekteydi (Tablo 5).

Tablo 5. Öğrencilerin kendilerini dış görünüş olarak değerlendirme durumları

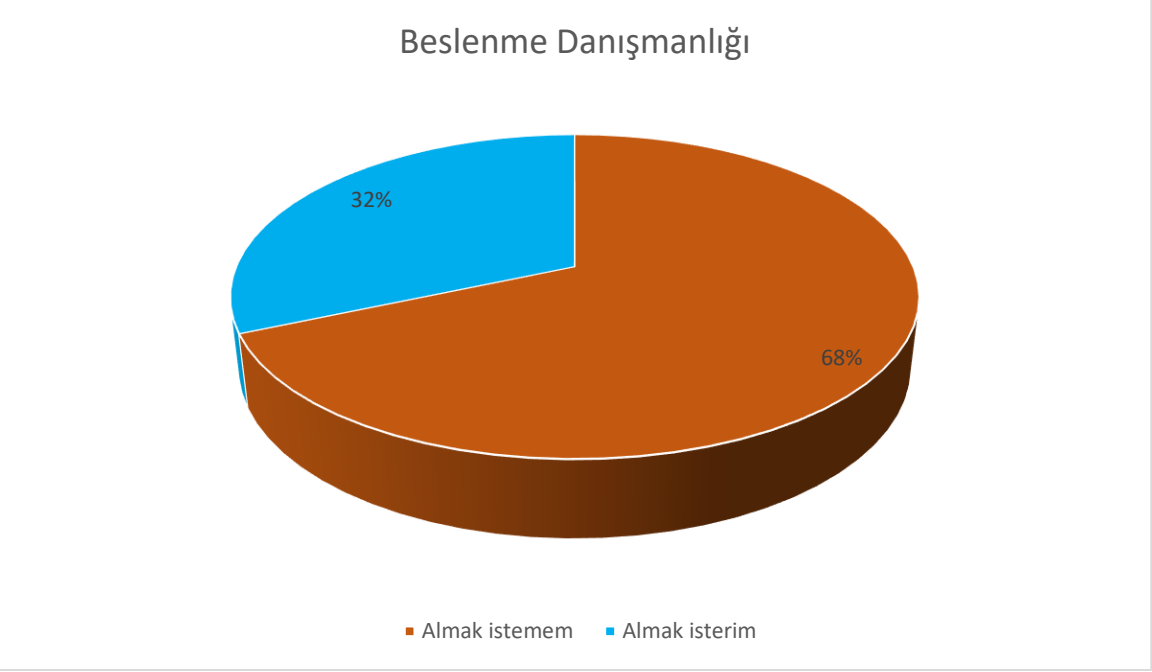
Dış Görünüş	Kişi Sayısı(n)	Yüzde(%)
Zayıf	198	12,9
Normal	977	63,4
Kilolu	321	20,9
Çok kilolu/obez	43	2,8

Katılımcılara beslenme danışmanlığı alıp almadıkları sorulduğunda cevap verenler içinde, 249 kişi (% 16,2) daha önce beslenme danışmanlığı almıştı (Şekil 9).



Şekil 9. Öğrencilerin beslenme danışmanlığı alma durumları

"Beslenme danışmanlığı almak ister misiniz?" sorusuna cevap veren öğrencilerden katılımcılardan 485 kişi (% 31,5) evet cevabını verdi (Şekil 10).



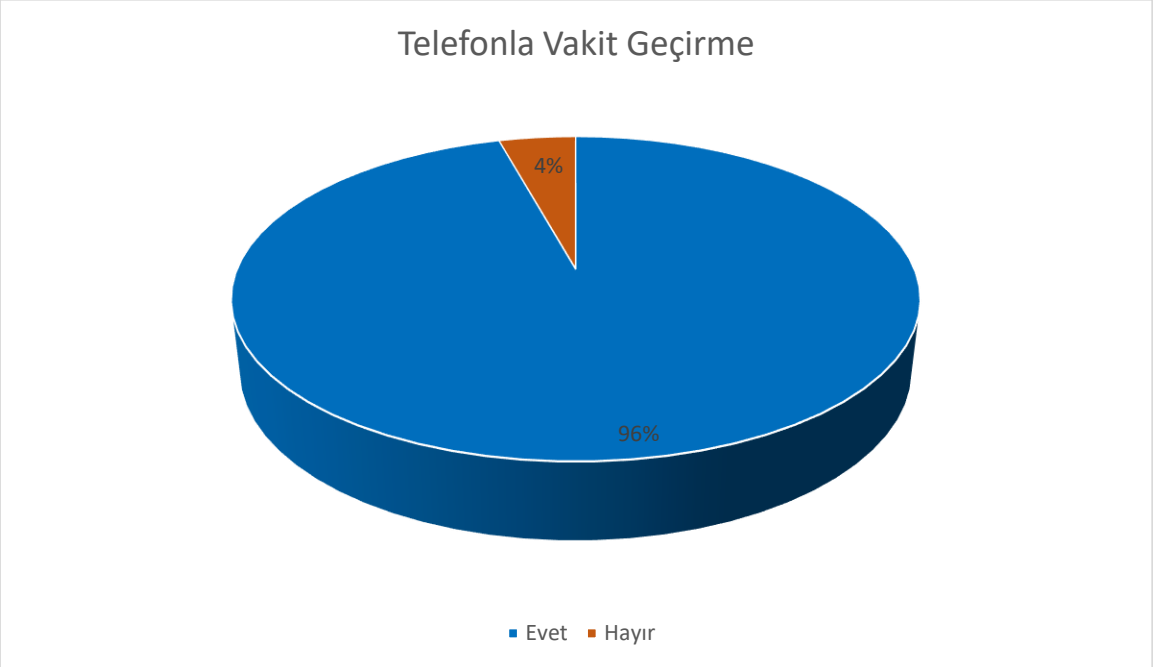
Şekil 10. Öğrencilerin beslenme danışmanlığı almak isteme durumları

Alkol tüketimi sorusuna cevap veren öğrencilerden 1332 öğrenci (% 86,7) hayır olarak, 205 öğrenci (% 13,3) evet olarak cevaplamıştır.

Sigara kullanımı sorusuna cevap veren öğrencilerden, 1319 öğrenci (% 85,9) içmiyorum, hiç kullanmadım olarak, 50 öğrenci (% 3,3) içmiyorum, bıraktım olarak yanıtlamıştır. Öğrencilerden 166 kişi(% 10,8) sigara içtiğini ifade etmiştir.

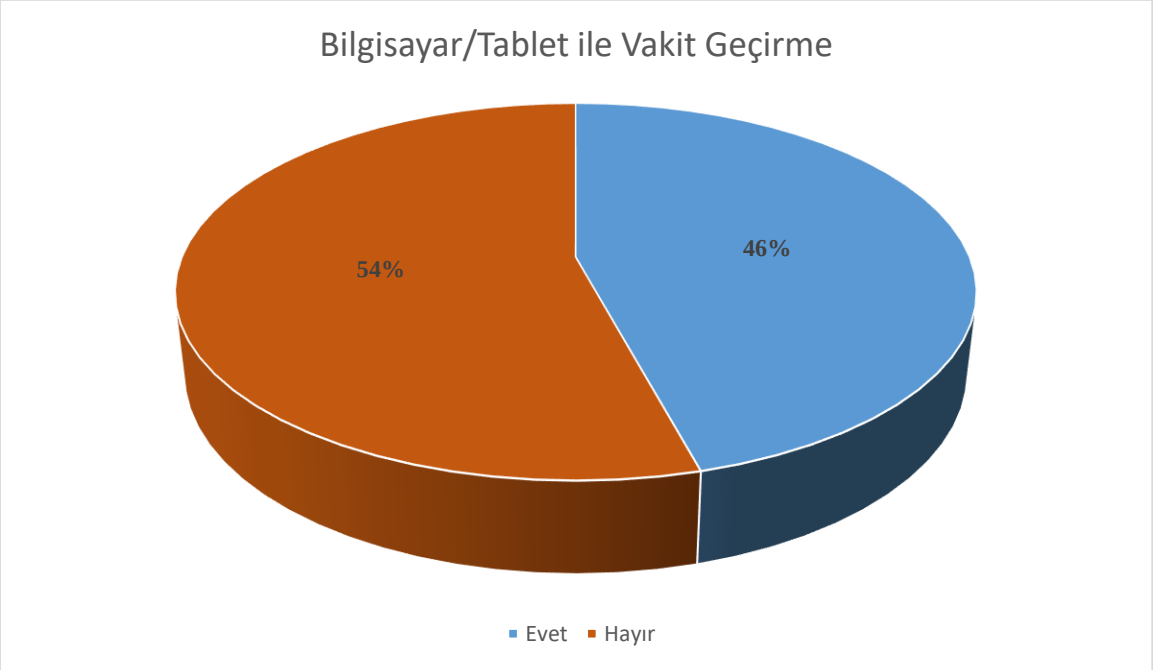
Öğrencilerin kendi okul başarılarını nasıl değerlendirdikleri ile ilgili soruya cevap veren öğrencilerden 244 öğrenci (% 15,8) çok iyi olarak, 754 öğrenci (% 49) iyi olarak, 504 öğrenci (% 32,7) orta olarak, 38 öğrenci (% 2,5) ise kötü olarak cevaplamıştır.

Çalışmaya katılan öğrenciler içinde cep telefonu ile vakit geçirme sorusuna cevap verenlerden, 65 kişi (% 4,3) telefonunun olmadığını veya hiç vakit geçirmediğini belirtmiştir. 1457 kişi(% 95,7) ise telefonla vakit geçirdiğini ifade etmiştir. Soruya cevap veren öğrencilerin gün içinde telefonla vakit geçirme ortalaması 211,79 ± 255,01 (minimum 0, maksimum 7200) dakika olarak saptanmıştır (Şekil 11).



Şekil 11. Öğrencilerin telefonla vakit geçirme durumları

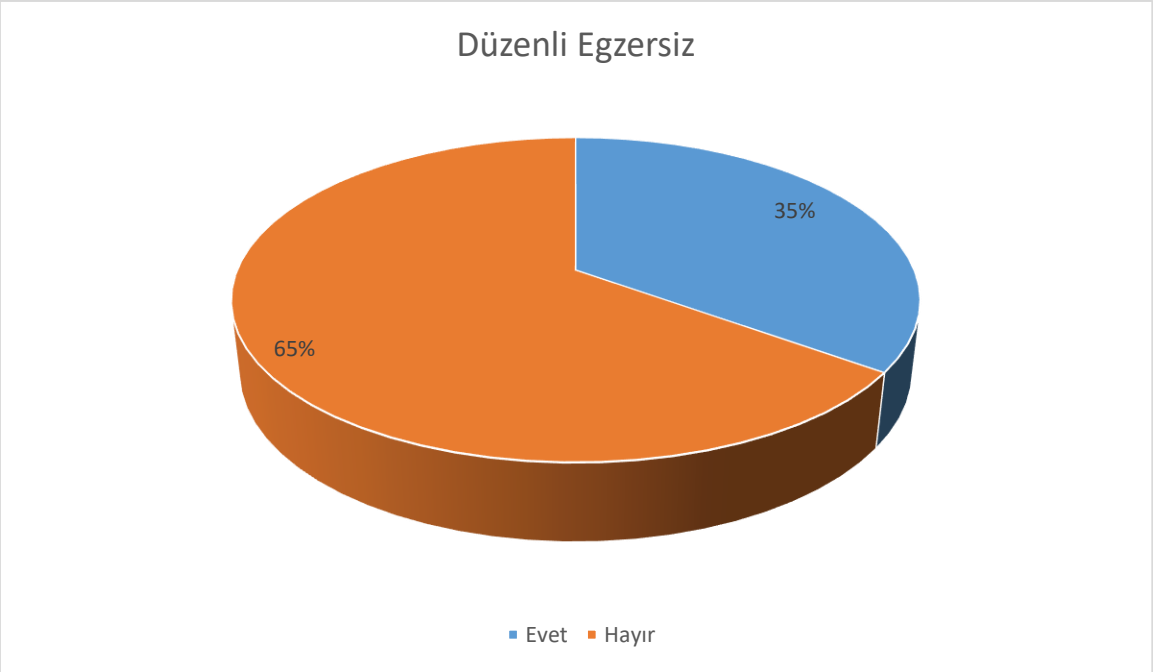
Öğrencilere bilgisayar ve/veya tablet bilgisayarda vakit geçirip geçirmedikleri sorulduğunda, bu soruya cevap verenlerden 831 öğrenci (% 54) vakit geçirmediğini, 701 öğrenci (% 46) vakit geçirdiğini belirtmiştir. Soruyu yanıtlayan öğrencilerin gün içinde bilgisayar ve/veya tablette vakit geçirme ortalaması 69,39 ± 122,87 (minimum 0, maksimum 1240) dakika olarak saptanmıştır (Şekil 12).



Şekil 12. Öğrencilerin bilgisayar/tablet ile vakit geçirme durumları

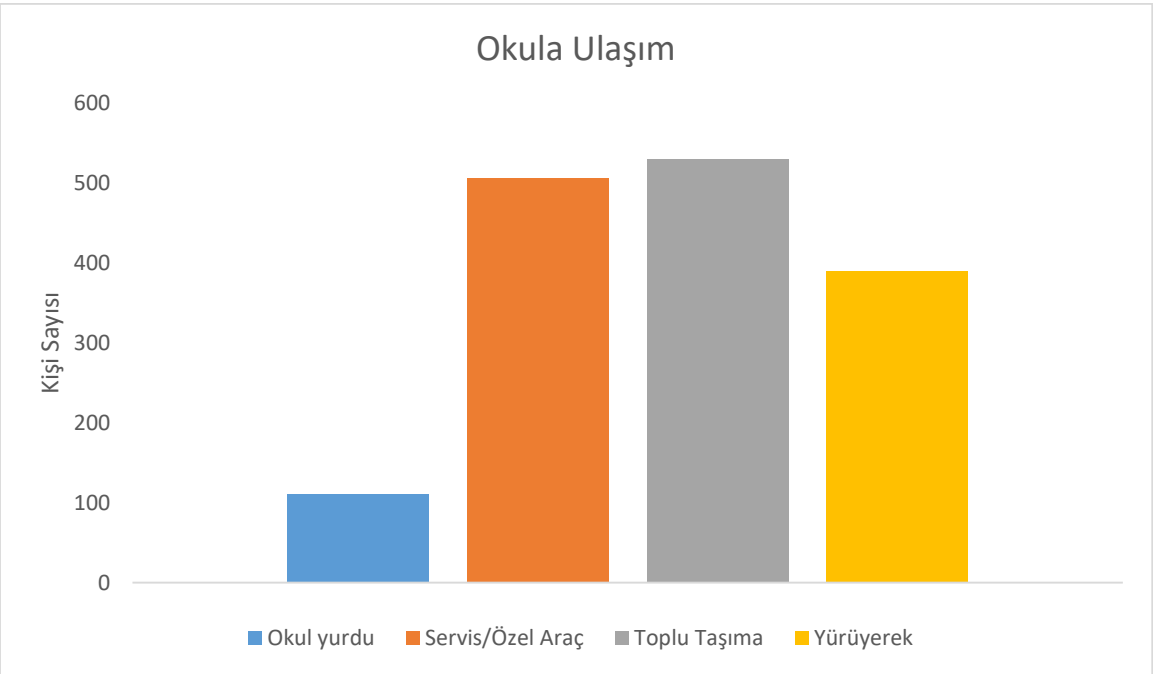
Öğrencilere gün boyunca masada, arkadaş ziyaretinde, kitap okurken ve televizyon izlerken gibi oturarak veya yatarak ne kadar zaman geçirdikleri sorulduğunda cevap verenlerden, 746 öğrenci (% 48,9) bu süreyi bilmediklerini ifade etti. 781 öğrenci (% 51,1) ise süre belirtti. Süre belirten 781 öğrencinin ortalama günlük oturma süreleri 436,82 ± 257,93 dakika idi. En düşük belirtilen süre 9 dakika en yüksek süre ise 1380 dakika idi.

Düzenli egzersiz yapıp yapmadıklarıyla ilgili soruya cevap veren öğrencilerden, 537 öğrenci (% 34,9) evet cevabı verirken 1002 öğrenci (% 65,1) hayır cevabı vermiştir (Şekil 13).



Şekil 13. Öğrencilerin düzenli egzersiz yapma durumları

Öğrencilerin okula ulaşımlarını nasıl sağladıklarıyla ilgili soruya cevap verenlerden, 110 öğrenci (% 7,2) okul kampüsündeki yurtta kaldıklarını belirtmiştir. 506 öğrenci (% 32,9) ulaşımını okul servisi veya özel araç ile sağlamaktaydı. 530 öğrenci (% 34,5) ulaşımını toplu taşıma ile sağlamakta, 390 öğrenci (% 25,4) ise okula yürüyerek gidip gelmekteydi (Şekil 14).



Şekil 14. Öğrencilerin okula ulaşım yöntemleri

Okulda beden eğitimi dışında herhangi bir sportif faaliyete katılma sorusuna cevap verenlerden, 498 öğrenci katıldığını belirtirken (% 32,4), katılmayanların sayısı 1039 (% 67,6) idi. Okul dışında düzenli olarak spor yapma sorusuna cevap veren öğrencilerden, spor yapan öğrenci sayısı 490 (% 31,9) iken yapmayanların sayısı ise 1048 (% 68,1) idi (Tablo 6).

Tablo 6. Öğrencilerin okulda ve okul dışında spor yapma durumları

Okulda Sportif Faaliyet	Kişi Sayısı (n)	Yüzde(%)
Evet	498	32,4
Hayır	1039	67,6
Okul Dışında Spor	Kişi Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	490	31,9
Hayır	1048	68,1

Öğrencilere son bir haftada kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli bedensel güç gerektiren aktivite yaptıkları sorulduğunda; bu soruya cevap verenlerden 979 kişi (% 63,7) yapmadığını belirtmiştir. 115 kişi (% 7,4) haftada bir gün, 132 kişi (% 8,6) haftada iki gün, 123 kişi (% 8) haftada üç gün, 71 kişi (% 4,6) haftada dört gün, 47 kişi (% 3,1) haftada beş gün, 32 kişi (% 2,1) haftada altı gün, 39 kişi (% 2,5) haftada yedi gün şiddetli fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Öğrencilerin şiddetli derecede fiziksel aktivite yapma durumları

Şiddetli Fiziksel Aktivite	Kişi Sayısı (n)	Yüzde(%)
Yapmıyorum	979	63,7
Haftada 1 Gün	115	7,4
Haftada 2 Gün	132	8,6
Haftada 3 Gün	123	8
Haftada 4 Gün	71	4,6
Haftada 5 Gün	47	3,1
Haftada 6 Gün	32	2,1
Haftada 7 Gün	39	2,5

Öğrencilere son bir hafta içinde hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis gibi orta dereceli bedensel güç gerektiren aktiviteleri kaç gün yaptıkları sorulduğunda, bu soruya cevap verenlerden 908 kişi (% 59,0) yapmadıklarını belirtmiştir. 189 kişi (% 12,3) haftada bir gün, 167 kişi (% 10,8) haftada iki gün, 104 kişi (% 6,8) haftada 3 gün, 59 kişi(% 3,8) haftada 4 gün, 52 kişi(% 3,4) haftada 5 gün, 21 kişi (% 1,4) haftada 6 gün, 38 kişi (% 2,5) haftada yedi gün orta şiddetli fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Öğrencilerin orta derecede fiziksel aktivite yapma durumları

Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Yapmıyorum	908	59
Haftada 1 Gün	189	12,3
Haftada 2 Gün	167	10,8
Haftada 3 Gün	104	6,8
Haftada 4 Gün	59	3,8
Haftada 5 Gün	52	3,4
Haftada 6 Gün	21	1,4
Haftada 7 Gün	38	2,5

Öğrencilere son bir hafta içinde ulaşım, spor, egzersiz veya hobi amacıyla kaç gün yürüyüş yaptıkları sorulduğunda, soruya cevap verenler içinde 211 kişi (% 14,4) yapmadığını belirtti. 40 kişi (% 2,6) haftada bir gün yürüyüş yaptığını, 114 kişi (% 7,4) haftada iki gün yürüyüş yaptığını, 138 kişi (% 9,0) haftada üç gün yürüyüş yaptığını, 94 kişi (% 6,1) haftada dört gün yürüyüş yaptığını, 202 kişi (% 13,1) haftada beş gün yürüyüş yaptığını, 79 kişi (% 5,1) haftada altı gün yürüyüş yaptığını, 649 kişi (% 42,3) haftada 7 gün yürüyüş yaptığını ifade etmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Öğrencilerin yürüyüş yapma durumları

Yürüyüş	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Yapmıyorum	211	14,4
Haftada 1 Gün	40	2,6
Haftada 2 Gün	114	7,4
Haftada 3 Gün	138	9,0
Haftada 4 Gün	94	6,1
Haftada 5 Gün	202	13,1
Haftada 6 Gün	79	5,1
Haftada 7 Gün	650	42,3

Şiddetli bedensel güç gerektiren aktivite yaptığını söyleyenlerden 128 kişi (% 22,9) bu aktiviteye günde ne kadar vakit ayırdığını bilmiyordu. 431 kişi ise (% 77,1) ayırdığı süreyi biliyordu. Bu süreyi bilen kişilerin ortalaması günde 98,19 ± 55,1 dakika, en düşük süre günde 10 dakika, en yüksek ise günde 300 dakika idi.

Orta şiddette fiziksel güç gerektiren aktivite yaptığını söyleyen öğrencilerin 179'u (% 28,4) bu aktivitelere günde ne kadar vakit ayırdığını bilmiyordu. Öğrencilerden 451'i, (% 71,6) bu aktivitelere günde ne kadar zaman ayırdığını biliyordu. Bu süreyi bilen kişilerin günlük ortalaması 86,78 ± 60,46 dakika, en düşük süre 10 dakika, en yüksek süre ise günde 420 dakika idi.

Yürüyüş yaptığını söyleyen öğrencilerin 299'u (% 22,7) günlük ne kadar süre yürüyüş yaptığını bilmiyordu. Bu öğrencilerin 1018'si (% 77,3) bu süreyi biliyordu. Bu süreyi bilenlerin günlük ortalaması 73,43 ± 64,98 dakika, en düşük süre 10 dakika, en yüksek süre ise günde 480 dakika idi (Tablo 10).

Tablo 10. Öğrencilerin fiziksel aktivite süreleri

	Kişi Sayısı(n)	Ortalama ± SS	Minimum-Maksimum
Şiddetli Fiziksel Aktivite dk/gün	431	98,19 ± 55,10	10-300
Orta Şiddette Fiziksel Aktivite dk/gün	451	86,78 ± 60,46	10-420
Yürüyüş dk/gün	1018	73,43 ± 64,98	10-480
Hareketsiz Oturma dk/gün	781	436,82 ± 257,93	9-1380

YEME DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ

Araştırmaya katılan öğrencilerden yeme davranışı ölçeğini yanıtlayanların aldıkları puanlara göre, öğrencilerden 18 kişi (% 1,2) kötü, 676 kişi (% 43,9) orta, 797 kişi (% 51,8) iyi, 47 kişi (% 3,1) çok iyi kategorisine girmekteydi (Tablo 11).

Tablo 11. Öğrencilerin yeme davranışı düzeyleri

Yeme Davranışı	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Kötü	18	1,2
Orta	676	43,9
İyi	797	51,8
Çok İyi	47	3,1

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile öğrenim seneleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (x^2=8,110; p=0,523).

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (x^2=5,026; p=0,170) (Tablo 12).

Tablo 12. Öğrencilerin yeme davranışlarının sınıf ve cinsiyete göre dağılımı

Yeme Davranışı		Kötü n(%)	Orta n(%)	İyi n(%)	Çok İyi n(%)	x^2	p
Sınıf	9. Sınıf	4(0,9)	194(43,2)	239(53,2)	12(2,7)	8,110	0,523
	10. Sınıf	7(1,8)	165(41,2)	215(53,8)	13(3,2)		
	11. Sınıf	2(0,5)	176(46,4)	192(50,7)	9(2,4)		
	12. Sınıf	5(1,6)	141(45,5)	151(48,7)	13(4,2)		
Cinsiyet	Kadın	12(1,4)	408(46)	442(49,9)	24(2,7)	5,026	0,170
	Erkek	6(0,9)	268(41,1)	355(54,5)	23(3,5)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile gelir grupları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (x^2=9,032; p=0,029). Üst gelir grubundaki öğrencilerin alt gelir grubundaki öğrencilere göre yeme davranışının daha iyi olduğu saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Öğrencilerin yeme davranışlarının gelire göre dağılımı

Yeme Davranışı	Kötü n(%)	Orta n(%)	İyi n(%)	Çok İyi n(%)	x^2	p
Alt Gelir	5(1,2)	199(47,6)	209(50)	5(1,2)	9,032	0,029
Üst Gelir	8(1,4)	229(40)	316(55,3)	19(3,3)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile kardeş sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (x^2=11,605; p=0,245).

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile yaşadıkları yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (x^2=6,156; p=0,247).

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile annelerinin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (x^2=18.882; p=0,091).

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile babalarının eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (x^2=15,984; p=0,192) (Tablo 14).

Tablo 14. Öğrencilerin yeme davranışlarının kardeş durumuna, yaşadığı yere, anne ve babanın eğitim durumuna göre dağılımı

Yeme Davranışı		Kötü n(%)	Orta n(%)	İyi n(%)	Çok İyi n(%)	x^2	p
Kaç kardeşiniz var?	Kardeşim yok	3(0,9)	126(38)	191(57,5)	12(3,6)	11,605	0,245
	Bir kardeşim var	12(1,5)	346(43,7)	408(51,6)	25(3,2)		
	İki kardeşim var	2(0,8)	118(49,2)	114(47,5)	6(2,5)		
	Üç ve üzeri kardeşim var	1(0,6)	86(49,1)	84(48)	4(2,3)		
Nerede yaşıyorsunuz?	Köy	0(0)	56(47,9)	56(47,9)	5(4,2)	6,156	0,247
	İlçe Merkezi	3(1,9)	66(40,7)	91(56,2)	2(1,2)		
	İl Merkezi	15(1,2)	554(44,1)	648(51,5)	40(3,2)		
Annenizin eğitim durumu nedir?	Okur-yazar değil	0(0)	21(56,8)	14(37,8)	2(5,4)	18,882	0,091
	İlkokul	6(1,7)	163(45,3)	183(50,8)	8(2,2)		
	Ortaokul	3(1)	130(45,3)	150(52,3)	4(1,4)		
	Lise	3(0,6)	237(44,9)	269(50,9)	19(3,6)		
	Üniversite ve üzeri	5(1,6)	119(37,3)	181(56,7)	14(4,4)		
Babanızın eğitim durumu nedir?	Okur-yazar değil	0(0)	6(42,9)	7(50)	1(7,1)	15,984	0,192
	İlkokul	4(1,8)	100(45,2)	114(51,6)	3(1,4)		
	Ortaokul	3(0,9)	154(47)	157(47,8)	14(4,3)		
	Lise	5(0,9)	249(46,2)	268(49,7)	17(3,2)		
	Üniversite ve üzeri	5(1,2)	162(37,8)	249(58,2)	12(2,8)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile kronik hastalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (x^2=1,667; p=0,664).

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile düzenli ilaç kullanımı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (x^2=6,138; p=0,105).

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile aile bireylerinde obez/kilolu olması durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (x^2=5,454; 0,141) (Tablo 15).

Tablo 15. Öğrencilerin yeme davranışlarının kronik hastalık, düzenli ilaç kullanımı ve ailede obez birey varlığına göre dağılımı

Yeme Davranışı		Kötü n(%)	Orta n(%)	İyi n(%)	Çok İyi n(%)	x^2	p
Kronik Hastalık	Yok	16(1,1)	630(44,3)	735(51,6)	42(3)	1,667	0,644
	Var	2(1,8)	45(39,4)	62(54,4)	5(4,4)		
Düzenli İlaç kullanımı	Yok	14(1)	633(43,8)	754(52,1)	45(3,1)	6,138	0,105
	Var	4(4,3)	43(46,7)	43(46,7)	2(2,3)		
Ailede obez/kilolu	Yok	15(1,1)	622(44,7)	709(51)	44(3,2)	5,459	0,141
	Var	3(2)	54(36,5)	88(59,5)	3(2)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile beden kitle indeksleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (x^2=27,808; p=0,001). Zayıf öğrencilerin yeme davranışı ölçeği puanları daha düşüktü (Tablo 16).

Tablo 16. Öğrencilerin yeme davranışlarının BKİ'ye göre dağılımı

Yeme Davranışı		Kötü n(%)	Orta n(%)	İyi n(%)	Çok İyi n(%)	x^2	p
BKİ	zayıf	12(2)	288(48,6)	283(47,7)	10(1,7)	27,808	0,001
	normal	5(0,8)	272(42,6)	339(53,1)	23(3,5)		
	fazla kilolu	1(0,5)	67(34,5)	114(58,8)	12(6,2)		
	obez	0(0)	18(38,3)	28(59,6)	1(2,1)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile kendilerini dış görünüş açısından nasıl değerlendirdikleri durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (x^2=39,240; p<0,001). Zayıf olan öğrencilerin yeme davranışı diğerlerine göre daha kötüydü (Tablo 17).

Tablo 17. Öğrencilerin yeme davranışlarının dış görünüşlerini değerlendirmelerine göre dağılımı

Yeme Davranışı		Kötü n(%)	Orta n(%)	İyi n(%)	Çok İyi n(%)	x^2	p
Dış Görünüş	Zayıf	3(1,5)	117(59,1)	74(37,4)	4(2)	39,240	<0,001
	Normal	12(1,2)	411(42,2)	521(53,4)	31(3,2)		
	Kilolu	0(0)	126(39,3)	185(57,6)	10(3,1)		
	Obez/Çok kilolu	3(7)	21(48,8)	17(39,5)	2(4,7)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile daha önce beslenme danışmanlığı almış olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (x^2=12,274; p=0,007). Yeme davranışı ölçek puanlarına baktığımızda ise daha önce beslenme danışmanlığı alan öğrencilerin yeme davranışının daha iyi olma durumu, beslenme danışmanlığı almayanlara göre daha yüksektir (Tablo 18).

Tablo 18. Öğrencilerin yeme davranışlarının beslenme danışmanlığı almış olma durumlarına göre dağılımı

Yeme Davranışı		Kötü n(%)	Orta n(%)	İyi n(%)	Çok İyi n(%)	x^2	p
Beslenme danışmanlığı aldınız mı?	Hayır	17(1,3)	587(45,5)	650(50,4)	35(2,9)	12,274	0,007
	Evet	1(0,4)	89(35,7)	147(59)	12(4,9)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile alkol kullanımı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (x^2=12,708; p=0,005). Alkol tüketmeyen öğrencilerin yeme davranışının daha iyi olma durumu, alkol tüketenlere göre daha yüksektir (Tablo 19).

Tablo 19. Öğrencilerin yeme davranışlarının alkol tüketim durumlarına göre dağılımı

Yeme Davranışı		Kötü n(%)	Orta n(%)	İyi n(%)	Çok İyi n(%)	x^2	p
Alkol tüketiyor musunuz?	Tüketmiyorum	12(0,9)	568(42,7)	711(53,4)	40(3)	12,708	0,005
	Tüketiyorum	6(2,9)	106(51,7)	86(42)	7(3,4)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (x^2=18,087; p=0,006). Sigara içmeyen öğrencilerin yeme davranışlarının daha iyi olma durumu, diğer öğrencilere göre daha yüksektir (Tablo 20).

Tablo 20. Öğrencilerin yeme davranışlarının sigara içme durumlarına göre dağılımı

Yeme Davranışı		Kötü n(%)	Orta n(%)	İyi n(%)	Çok İyi n(%)	x^2	p
Sigara içiyor musunuz?	İçmiyorum	12(0,9)	558(42,3)	704(53,4)	44(3,4)	18,087	0,006
	Bıraktım	0(0)	24(48)	25(50)	1(2)		
	İçiyorum	5(3)	91(54,8)	68(41)	2(1,2)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile okuldaki başarı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (x^2=48,838; p<0,001). Ders başarısı daha iyi olan öğrencilerin yeme davranışları, ders başarısı kötü olan öğrencilere göre daha iyidir (Tablo 21).

Tablo 21. Öğrencilerin yeme davranışlarının okuldaki başarı durumlarına göre dağılımı

Yeme Davranışı		Kötü n(%)	Orta n(%)	İyi n(%)	Çok İyi n(%)	x^2	p
Okuldaki başarı durumu	Kötü	0(0)	28(75,7)	9(24,3)	0(0)	48,838	<0,001
	Orta	11(2,2)	252(50)	233(46,2)	8(1,6)		
	İyi	4(0,5)	309(41)	413(54,8)	27(3,7)		
	Çok iyi	3(1,2)	87(35,7)	142(58,2)	12(4,9)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile bilgisayar/tablet kullanımı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (x^2=2,557; p=0,465).

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile düzenli egzersiz yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (x^2=37,178; p<0,001). Düzenli egzersiz yapan öğrencilerin yeme davranışları, yapmayanlara göre daha iyidir (Tablo 22).

Tablo 22. Öğrencilerin yeme davranışlarının egzersiz yapma durumlarına göre dağılımı

Yeme Davranışı		Kötü n(%)	Orta n(%)	İyi n(%)	Çok İyi n(%)	x^2	p
Düzenli Egzersiz	Hayır	15(1,5)	478(47,7)	494(49,3)	15(1,5)	37,178	<0,001
	Evet	3(0,6)	198(37)	302(56,4)	32(6)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile evden okul ulaşımı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (x^2=13,489; p=0,142).

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile okulda sportif faaliyetlere katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (x^2=13,673; p=0,003). Okulda sportif faaliyete katılan öğrencilerin yeme davranışlarının iyi olma durumu, katılmayanlara göre yüksektir (Tablo 23).

Tablo 23. Öğrencilerin yeme okulda sportif faaliyete katılma durumlarına göre dağılımı

Yeme Davranışı		Kötü n(%)	Orta n(%)	İyi n(%)	Çok İyi n(%)	x^2	p
Okulda sportif faaliyet	Hayır	15(1,4)	474(45,7)	527(50,8)	22(2,1)	13,673	0,003
	Evet	3(0,6)	201(40,4)	268(54)	25(5)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile okul dışında düzenli spor yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (x^2=23,894; p<0,001). Okul dışında düzenli spor yapan öğrencilerin yeme davranışı yapmayanlara göre daha iyidir (Tablo 24).

Tablo 24. Öğrencilerin yeme davranışlarının okul dışında düzenli spor yapma durumlarına göre dağılımı

Yeme Davranışı		Kötü n(%)	Orta n(%)	İyi n(%)	Çok İyi n(%)	x^2	p
Okul dışında düzenli spor	Hayır	14(1,3)	492(46,9)	522(49,8)	20(2)	23,894	<0,001
	Evet	4(0,8)	182(37,3)	275(56,4)	27(5,5)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

FİZİKSEL AKTİVİTE ÖLÇEĞİ

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite ölçeğinden aldıkları puanlara göre, ölçeği yanıtlayan öğrencilerden 639 kişi (% 41,2) fiziksel olarak inaktif, 576 kişi (% 37,4) fiziksel olarak düşük düzeyde aktif, 330 kişi (% 21,4) fiziksel olarak aktif kategorisine girmekteydi (Tablo 25).

Tablo 25. Öğrencilerin fiziksel aktivite durumları

Fiziksel Aktivite	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
İnaktif	639	41,2
Düşük Düzeyde Aktif	576	37,4
Aktif	330	21,4

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite durumları ile öğrenim seneleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (x^2=14,154; p=0,028) (Tablo 26).

Tablo 26. Öğrencilerin fiziksel aktivite durumlarının sınıflara göre dağılımı

Fiziksel Aktivite		İnaktif n(%)	Düşük Düzeyde Aktif n(%)	Aktif n(%)	x^2	p
SINIF	Dokuzuncu sınıf	195(43,4)	160(35,6)	94(21)	14,154	0,028
	Onuncu sınıf	167(41,6)	130(32,6)	104(25,9)		
	Onbirinci sınıf	148(38,9)	153(40,3)	79(20,8)		
	Onikinci sınıf	124(40)	133(42,9)	53(17,1)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite durumları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (x^2=82,665; p<0,001). Erkek cinsiyetteki öğrencilerin, kadın cinsiyetteki öğrencilere göre fiziksel olarak aktif olma oranları daha yüksektir (Tablo 27).

Tablo 27. Öğrencilerin fiziksel aktivite durumlarının cinsiyete göre dağılımı

Fiziksel Aktivite		İnaktif n(%)	Düşük Düzeyde Aktif n(%)	Aktif n(%)	x^2	p
Cinsiyet	Kadın	435(49)	326(36,8)	126(14,2)	82,665	<0,001
	Erkek	199(30,5)	250(38,3)	204(31,2)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite durumları ile gelir grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (x^2=1,077; p=0,583) (Tablo 28).

Tablo 28. Öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin gelir durumlarına göre dağılımı

Fiziksel Aktivite		İnaktif n(%)	Düşük Düzeyde Aktif n(%)	Aktif n(%)	x^2	p
Gelir	Alt Gelir	167(40)	156(37,3)	95(22,7)	1,077	0,583
	Üst Gelir	211(36,8)	223(38,9)	140(24,3)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite durumları ile kardeş sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır **(**x^2=16,079; p=0,013). Üç ve üzeri kardeş sahibi olanların fiziksel olarak aktif olma oranı diğerlerine göre daha yüksektir (Tablo 29).

Tablo 29. Öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin kardeş sayılarına göre dağılımı

Fiziksel Aktivite		İnaktif n(%)	Düşük Düzeyde Aktif n(%)	Aktif n(%)	x^2	p
Kardeş	Kardeşim yok	146(43,8)	117(35,2)	70(21)	16,079	0,013
	Bir kardeşim var	316(39,9)	320(40,4)	156(19,7)		
	İki kardeşim var	107(44,6)	84(35)	49(20,4)		
	Üç ve üzeri kardeşim var	65(37,2)	55(31,4)	55(31,4)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite durumları ile yaşadıkları yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (x^2=3,122; p=0,538).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite durumları ile kronik hastalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (x^2=1,658; p=0,436).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite durumları ile aile obez/kilolu birey olması durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (x^2=1,020; p=0,601).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite durumları ile beden kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (x^2=9,047; p=0,171).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite durumları ile kendilerini dış görünüş açısından nasıl değerlendirdikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (x^2=4,832; p=0,566).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite durumları ile daha önce beslenme danışmanlığı almış olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (**x^2**=10,974; p=0,004). Daha önce beslenme danışmanlığı alan öğrenciler, almayanlara göre daha yüksek oranda fiziksel olarak aktiflerdir (Tablo 30).

Tablo 30. Öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin beslenme danışmanlığı durumlarına göre oranları

Fiziksel Aktivite		İnaktif n(%)	Düşük Düzeyde Aktif n(%)	Aktif n(%)	x^2	p
Beslenme danışmanlığı	Hayır	555(43)	469(36,3)	267(20,7)	10,974	0,004
	Evet	79(31,7)	107(43)	63(25,3)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite durumları ile sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (x^2=8,389; p=0,078).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite durumları ile okul başarı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (x^2=2,228; p=0,898).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite durumları ile düzenli egzersiz yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (**x^2**=308,950; p<0,001). Düzenli egzersiz yaptığını belirten öğrenciler, yapmayanlara göre daha yüksek oranda fiziksel aktiflerdir (Tablo 31).

Tablo 31. Öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin düzenli egzersiz yapma durumlarına göre dağılımı

Fiziksel Aktivite		İnaktif n(%)	Düşük Düzeyde Aktif n(%)	Aktif n(%)	x^2	p
Düzenli Egzersiz	Hayır	542(54,1)	363(36,2)	97(9,7)	308,950	<0,001
	Evet	92(17,1)	212(39,5)	233(43,4)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktiviteleri ile okula ulaşımı nasıl sağladıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır **(**x^2=18,092; p=0,006). Okula ulaşımlarını yürüyerek sağlayan öğrenciler, diğerlerine göre daha yüksek oranda fiziksel aktiflerdir (Tablo 32).

Tablo 32. Öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin okula ulaşım durumlarına göre dağılımı

Fiziksel Aktivite		İnaktif n(%)	Düşük Düzeyde Aktif n(%)	Aktif n(%)	x^2	p
Evden okula ulaşım	Okulda yurtta kalıyorum	58(52,7)	38(34,5)	14(12,8)	18,092	0,006
	Yürüyerek	134(34,4)	162(41,5)	94(24,1)		
	Toplu taşıma	234(44,2)	183(34,5)	113(21,3)		
	Okul servisi/özel araç	207(40,9)	192(37,9)	107(21,2)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktiviteleri ile okulda sportif faaliyetlere katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır **(**x^2=172,708; p<0,001). Okulda sportif faaliyetlere katıldıklarını belirten öğrenciler, katılmayanlara göre daha yüksek oranda fiziksel aktiflerdir (Tablo 33).

Tablo 33. Öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin okulda sportif faaliyetlere katılma durumlarına göre dağılımı

Fiziksel Aktivite		İnaktif n(%)	Düşük Düzeyde Aktif n(%)	Aktif n(%)	x^2	p
Okulda Sportif Faaliyet	Hayır	509(49)	401(38,6)	129(12,4)	172,708	<0,001
	Evet	122(24,5)	175(35,1)	201(40,4)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktiviteleri ile okul dışında düzenli spor yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır **(**x^2=315,223; p<0,001). Okul dışında düzenli spor yaptığını belirten öğrenciler, yapmayanlara göre daha yüksek oranda fiziksel olarak aktiflerdir (Tablo 34).

Tablo 34. Öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin okul dışında sportif faaliyet yaptığını belirtme durumlarına göre dağılımı

Fiziksel Aktivite		İnaktif n(%)	Düşük Düzeyde Aktif n(%)	Aktif n(%)	x^2	p
Okul Dışında Düzenli Spor	Hayır	549(52,4)	398(38)	101(9,6)	315,223	<0,001
	Evet	84(17,1)	177(36,2)	229(46,7)		

*Ki Kare; n: Kişi sayısı.

FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ VE YEME DAVRANIŞI

Fiziksel aktivite düzeyi ölçek puanları ve yeme davranışı ölçek puanları karşılaştırıldığında iki değişken arasında düşük kuvvette pozitif yönlü bir ilişki saptandı. Buna karşılık gelen korelasyon değeri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=0,124; p<0,001).

TARTIŞMA

Çalışmamız Edirne İl Merkezi'ndeki liselerde 2019-2020 eğitim-öğretim yılında öğrenim gören öğrencilerin gönüllü katılımıyla gerçekleşti. Öğrencilerin obezite düzeylerinin, günlük alışkanlıklarının, fiziksel aktivite durumlarının ve yeme davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bunun için tarafımızca düzenlenen bir anket kullanılmıştır. Katılımcılara ankette sosyodemografik verileri, günlük alışkanlıkları, fiziksel aktivite ölçeği ve yeme davranışı ölçeği sorularından oluşan 90 tane soru yöneltilmiştir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin beden kitle indeksi kategorilerine bakıldığında % 40,2'si zayıf, % 43,4'ü normal, % 13,2'si fazla kilolu, % 3,2'si obez kategorisine uymaktaydı. Arslan'ın (58) İstanbul'da lise öğrencilerinde yaptığı çalışmasında öğrencilerin % 15,7'si zayıf, % 50,5'i normal, % 29,7'si fazla kilolu, % 4,2'si obez olarak tanımlanmıştır. Bizim çalışmamızda, fazla kilolu ve obez kategorisindeki öğrencilerin oranı daha düşük, zayıf ve normal kategorideki öğrencilerin oranı ise daha fazlaydı. Kayapınar ve ark.'nın (59) Kars'ta lise öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada ise % 43,6'sı zayıf, %53,6'sı normal kilolu, % 2,8'i fazla kilolu ve % 0,9 ise obez olarak tanımlanmıştır. Bizim çalışmamızda ise fazla kilolu ve obez kategorisine giren öğrencilerin oranı daha fazla, zayıf ve normal kategorisine giren öğrencilerin oranı ise daha düşüktü. Diğer iki çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da zayıf ve normal kategorisine giren öğrenciler çoğunlukta idi.

Öğrencilerin kendilerini dış görünüş olarak nasıl değerlendirdiği sorusuna ise % 12,9'u zayıf, % 63,4'ü normal, % 20,9'u fazla kilolu, % 2,8'i ise obez olarak tanımlamıştır. Beden kitle indeksleri ise % 40,2'si zayıf, % 43,4'ü normal, % 13,2'si fazla kilolu, % 3,2'si obez kategorisindeydi. Bu veriler değerlendirildiğinde öğrencilerin bir kısmının kendilerini olduğundan daha yüksek kilolu değerlendirdiği görülmektedir. Sosyal medya ve televizyonun etkisiyle beraber

özellikle ergenlik döneminde gençlerin fiziksel özellikleriyle ilgili kendi üzerinde baskı hissetmesi, kendi bedenini başkalarıyla kıyaslaması ve onlara benzemeye çalışmasından kaynaklı ideal beden ölçüleriyle ilgili yanlış fikirleri, kendi bedenini olduğundan farklı değerlendirmesine yol açabilir. Bu konuda özellikle gençlerin bilinçlendirilmesi ve sağlıklı bir bedene sahip olmaya yönlendirilmesi çok önemlidir. Bu konularda hem gençlerin hem de ailelerinin farkındalıklarının arttırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Ankete katılan öğrencilerin % 16,2'si daha önce beslenme danışmanlığı almıştı. Ancak öğrencilerin % 31,5'i beslenme danışmanlığı almak istediklerini belirtmiştir. Öğrencilerin yaklaşık üçte birinin beslenme danışmanlığı almak istemesi göz önünde bulundurulduğunda, bu konudaki eksikliğe yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Öğrencilerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmaları için bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir. Beslenme davranışının düzenlenmesinde sadece öğrencinin değil tüm ailenin tüm ailenin beslenme danışmanlığı alması evde de sağlıklı beslenme düzenine geçilmesi açısından önemlidir. Tüm bireylerin en kolay ulaşabileceği ve danışmanlık alabileceği yetkin kişiler aile hekimleridir. Aile hekimleri bireylere tüm yaşamı boyunca sürekli bakım sağlar ve sağlıklı kişilere sunulması gereken hizmetleri de üstlendiği için bu konuda önemli görevler düşmektedir.

Öğrencilerin % 10,8'i sigara, % 13,3'ü ise alkol kullandığını ifade etmiştir. Arslan'ın (58) çalışmasında da öğrencilerin % 6,1'i sigara kullandığını, % 12,9'u alkol kullandığını belirtmiştir. Alkol kullanım oranları bizim çalışmamızla benzer olsa da, sigara kullanım oranı bizim çalışmamızda daha yüksek çıkmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda eğitimler ve bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Öğrencilerin bu alışkanlıklara neden yöneldiği araştırılmalı çözüm önerileri getirilmelidir. Aile hekimleri görüşme esnasında sigara ve madde kullanımını sorgulamalı. Bıraktırma amaçlı danışmanlık hizmeti verilmelidir.

Çalışmaya katılan öğrencilere cep telefonuyla vakit geçirip geçirmedikleri sorulduğunda, cevap verenlerin % 95,7'si gün içinde cep telefonuyla vakit geçirdiğini ifade etmiştir. Bilgisayar veya tablet ile vakit geçirme sorusuna ise cevap veren öğrencilerin % 46'sı vakit geçirdiğini belirtmiştir. Bu sonuç cep telefonuyla vakit geçirmenin oldukça yaygın olduğunu göstermiştir. Akıllı telefonların yaygınlaşması bunun sebebi olabilir. Sağır ve ark.'nın (60) çalışmasında özellikle 9-11 yaş aralığında en fazla tercih edilen elektronik medya aletinin akıllı telefonlar olduğuna dikkat çekmiştir. Üniversite öğrencilerinde yapılan bu çalışmada katılımcılar akıllı telefonların hayatlarını kolaylaştırdığına ancak telefonların aynı zamanda tembelliğe neden olduklarını düşündüklerini de belirtmişlerdir. Özellikle ergenlikte çok yaygın olan akıllı telefon

kullanımı, ana iletişim aracı olarak akıllı telefon kullanımını tercih etmeleriyle beraber sosyal iletişimleri zayıflamakta ayrıca gençlerin zamanını verimli kullanmasına engel olmaktadır. Gençlerin akıllı telefon kullanımını azaltmalarına yönelik bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır.

Öğrencilerin % 48,4'ü gün boyunca masada otururken, arkadaş ziyaretinde, kitap okurken veya televizyon izlerken oturarak geçirdikleri süreyi bilmediklerini söylemişlerdir. Bu süreyi belirten öğrencilerin ortalaması ise günlük 436,82 ± 257,93 dakika idi. Öğrencilerin zaten okuldaki teorik dersleri oturarak dinlemeleri günün önemli bir kısmını oturarak geçirmelerine yol açmaktadır. Bu sebeple öğrencilerin günün kalan bölümlerini fiziksel açıdan daha aktif olacakları faaliyetlere ayırmaları önemlidir. Ayrıca okullarda öğrencilerin sportif faaliyetlere daha aktif katılımının sağlanması buna katkı sağlayabilir. Okul içi ve okullar arası spor faaliyetleri, beden eğitimi derslerine katılımın arttırılması katkıda bulunabilir. Öğrencilerin okulda yapabildikleri spor dallarının çeşitliliği arttırılarak daha çok öğrencinin ilgisini çekmek ve katılımı arttırmak sağlanabilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin % 34,9'u düzenli fiziksel aktivite yaptıklarını belirtmiştir. Akman ve ark.'nın (3) İstanbul'da lise öğrencilerinde yaptıkları bir çalışmada ise bu oran % 50,3 çıkmıştır. Bu oran bizim çalışmamızda daha düşüktü. Okulda beden eğitimi dışında sportif faaliyetlere öğrencilerin % 32,3'ü katıldığını belirtmiştir. Okul dışında sportif faaliyetlere ise öğrencilerin % 31,8'i katıldığını belirtmiştir. Çalışmamıza katılan öğrencilerin yaklaşık üçte ikisi düzenli spor yapmaması göz önünde bulundurulması gereken bir durumdur. Öğrencilerin spora teşviki amacıyla çalışmalar yapılmalıdır.

Ankete katılan öğrencilerin % 63,7'si şiddetli bedensel güç gerektiren bir aktivite yapmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin % 59'u da orta dereceli bedensel güç gerektiren aktivite yapmadığını belirtmiştir. Yürüyüş sorusuna ise öğrencilerin yalnızca % 14,4'ü yapmadığını belirtmiştir. Bu durum düşük şiddette fiziksel aktivitenin daha çok yapıldığını, fiziksel aktivitenin şiddeti arttıkça yapılma oranlarının azaldığını bize göstermektedir.

YEME DAVRANIŞI

Öğrencilerin yeme davranışı ölçeğinde verdikleri cevaplara göre % 1,2'si kötü, % 43,9'u orta, % 51,8'i iyi, % 3,1'i çok iyi kategorisine girmekteydi. Öğrencilerinin yaklaşık yarısının orta ve kötü kategorisine girdiği görülmektedir. Bu sonuçlar bize öğrencilerin yeme davranışlarında yanlış alışkanlıklar olduğunu göstermektedir. Bu konudaki bilgi eksiklerinin kapatılması

gerekmektedir. Öğrencilere yeme davranışlarıyla ile ilgili danışmanlık eğitimi vermek ve aynı zamanda sağlıklı besinlerine ulaşımı kolaylaştırmak gereklidir. Ergenlik dönemi bu bilgilendirmeler ve sağlıklı davranışların oluşturulması için en uygun zamandır. Kronik ve dejeneratif hastalıkların meydana gelmesinde kişilerin sağlıkla ilgili yanlış davranışlarının önemi fazladır. Sağlıklı beslenme, hareketli yaşam ve sigara içmemek gibi yaşam tarzlarına uygun davranılmaması kronik hastalıklar için risk oluşturur. Sağlığın geliştirilmesi ve korunması bilinci okul eğitimi sırasında kazandırılmalıdır. Sağlığın üzerinde belirleyici olan bireysel ve çevresel faktörlerin üzerinde durulmalı aynı zamanda ders esnasında veya ders dışındaki etkinliklerde bu bilinç sağlanmalıdır.

Öğrencilerin gelir grupları ve yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (x^2=9,032; p=0,029). Üst gelir grubundaki öğrencilerin sosyoekonomik düzeyinin iyi olmasının beslenme alışkanlıklarına da yansımış olduğu görülmektedir. Özellikle et, süt ve süt ürünleri gibi hayvansal gıdalar için harcanan paranın miktarı sosyoekonomik düzey ile ilişkilidir. Alt gelir grubuna dahil olan öğrencilerin beslenme ve gelişim durumları diğer gruptaki öğrencilere göre bu konuda geri kalabilmektedir. Okullarda öğrencilerin beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Öğrencilerin sağlıklı gıdalara ulaşımının kolaylaştırılması sağlanmalıdır. Öğrenci kantinlerine düzenlemeler getirilmeli, sağlıksız gıdaların satışının kaldırılması ve yerine sağlıklı alternatiflerin gelmesi sağlanmalıdır. Bunun dışında ekonomik yetersizliklere bağlı yanlış beslenmelerin önüne geçilmesi amacıyla okullarda sağlıklı yemeklerin sunulduğu ücretsiz yemekhanelerin varlığı çözüm olabilir. Böylece her öğrenci ekonomik durumundan bağımsız olarak okul saatleri içinde sağlıklı gıdalara erişim sağlayabilir. Bunun için çalışmaların yapılması ve okullarda gerekli düzenlemeler yapılmasına yönelik adımlar atılması gereklidir. Aile hekimleri de muayene sırasında çocukların gelişimini takip etmeli, aileleri sağlıklı beslenme konusunda bilinçlendirmelidir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin beden kitle indeksleri ile yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (x^2=27,808; p=0,001). Arslan'ın (58) yaptığı çalışmasında da öğrencilerin BKİ ile yeme tutumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan öğrencilerin yeme davranışları ile kendilerini dış görünüş açısından nasıl değerlendirdikleri durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (x^2=39,240; p<0,001). Öğrencilerin yanlış beslenme alışkanlıkları sonucu orantısız kilo alımı veya kilo kaybı gerçekleşir. Bu da BKİ'de artışa veya azalmaya sebep olur. Bunun sonucu olarak da hayatlarının ilerleyen dönemlerinde çeşitli kronik hastalıklara zemin hazırlayabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin daha önce beslenme danışmanlığı almış olma durumları ve yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (x^2=12,274; p=0,007). Beslenme danışmanlığı almış olan öğrenciler yeme davranışı konusunda farkındalık oluşur, besin seçiminde daha bilinçli tercihler yaparlar. Bu durum, öğrencileri uygun eğitimlerle desteklemenin sağlıklı beslenme davranışları kazanmalarına yardımcı olacağını göstermektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sigara içme durumları ve yeme davranışları arasında anlamlı fark saptandı (x^2=18,087; p=0,006). Ayrıca öğrencilerin alkol kullanımı durumlarına göre de yeme davranışlarında anlamlı fark saptandı (x^2=12,708; p=0,005). Yılmaz ve ark.'nın (61) yaptığı çalışmada da sigara kullanımının özellikle sabah kahvaltısının atlanması, günlük meyve tüketimini azaltması ve çay, kahve ve şeker tüketimini arttırdığı ve sağlıklı beslenme davranışları üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu saptanmıştır. Alkol ve sigara kullanımı durumu, diğer sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıklarına zemin oluşturabilir. Alkol ve sigara kullanımı yanında başka yanlış beslenme alışkanlıklarını da beraberinde getirebilir. Özellikle gençlere bu konuda eğitim vermek çok önemlidir. Alkol ve sigara kullanımını azaltmak diğer yanlış yeme davranışlarının da ortadan kalkmasına yardımcı olabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin okuldaki başarı durumları ile yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (x^2=48,838; p<0,001). Sağlıklı beslenme davranışları çocukların ve gençlerin, fiziksel ve zihinsel gelişiminde çok önemlidir. Sağlıklı beslenme ve akademik başarı arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalar oldukça azdır. De Groot ve ark'nın (62) Hollanda'da 700 lise öğrencisinde bilişsel düzey ve okul performansını incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada balık tüketiminin yüksek kelime haznesi ve yüksek dönem sonu notuyla ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Sağlıklı beslenme ve düzenli bir yaşam tarzının, öğrenmede olumlu yönde etkileri göz önüne alındığında bu konuya ağırlık vermenin önemi görülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin düzenli egzersiz yapma durumları ile yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (x^2=37,178; p<0,001). Düzenli olarak yapılan egzersizler ve spor aktiviteleri metabolizmayı hızlandırması ve kilo verdirmesi açısından çok önemlidir. Yapılan fiziksel aktivitenin anlamlı olabilmesi için sağlıklı beslenmeyle desteklenmelidir. İkisinin arasındaki bağlantı çok önemlidir. Bu sebeple düzenli fiziksel aktiviteye önem verilmesi diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da beraberinde getirmektedir. Kişilerin hayatları boyunca sağlıklarını korumak ve sürdürmek için, yaşam

kalitesini yükseltmek için sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmelerinde sağlık hizmeti ile ilgili konularda karar verebilmeleri için, sağlıkla ilgili konularda bilgi ve mesajları daha iyi anlayabilmeleri için sağlık okuryazarlığı kapasitelerini arttırmaları gerekmektedir. Özellikle okul çağı döneminde aile hekimleri ve okulların iş birliğiyle bu bilincin oluşması sağlanabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin okulda sportif faaliyete katılma durumları ve yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (x^2=13,673; p=0,003). Öğrencilerin okul ortamında sportif faaliyetlere katılımının arttırılması hem özgüvenlerini geliştirecek, hem düzenli spor aktivitelerine katılımla beraber sorumluluk duyguları gelişecektir. Öğrencilere hem fiziksel aktivitenin arttırılması hem de yeme davranışı ve diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu etkisi olacaktır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin okul dışında düzenli spor aktivitelerine katılmalarıyla yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (x^2=23,894; p<0,001). Spor performansı, beslenmeden çok etkilenir. Yetersiz beslenme kondisyon düşüklüğüne neden olur ayrıca fazla beslenme de kilo alımına sebep olacağından yine spor performansını etkileyebilir. Bu sebeple düzenli spor yapanlar beslenmelerine daha çok özen gösterirler. Bunun sonucu da olarak da beslenme alışkanlıkları daha sağlıklı olur.

FİZİKSEL AKTİVİTE

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 21,4'ü fiziksel aktivite ölçeğine göre yeterli düzeyde aktifti. Oysaki düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığını söyleyen öğrencilerin oranı % 34,9 idi. Bu durum bize gösteriyor ki öğrencilerin bir kısmı düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığını düşünmesine rağmen sağlık açısından yeterli düzeyde fiziksel olarak aktif değildi. Ölçücü ve ark.'nın (63) ortaöğrenim öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada öğrencilerin % 32,2'si yeterli düzeyde fiziksel olarak aktif bulunmuş. Bizim çalışmamızda öğrencilerin fiziksel olarak yeterli düzeyde aktif olma oranları daha düşüktü. Aksoydan ve ark.'nın (1) yaptığı çalışmada ise erkek öğrencilerin % 12,6'sı, kız öğrencilerin ise % 1,2'si fiziksel olarak aktif kategorisine girmekteydi. Bu oran da bizim çalışmamıza göre daha düşüktü.

Düzenli fiziksel aktivite çocukların fiziksel ve ruhsal gelişimini destekler, özgüvenlerinin artmasına destek olur ve beraber yapılan fiziksel aktiviteler yeni arkadaşlar edinmelerini sağlayan bir araç olabilir. Çocukluk döneminde edinilen fiziksel aktivite alışkanlığının erişkin dönemde devam etmesi daha kolay olur. Çocuklara bu alışkanlığın

kazandırılmasında çevresindekilerin rolü büyüktür. Ebeveynler önce kendileri fiziksel aktivite yaparak çocuklarına örnek olmalıdır. Ayrıca çocuğun fiziksel aktivite alışkanlığının uzun süreli devam etmesi isteniyorsa bundan çocuğun da keyif alması önemlidir. Çocuklar birden fazla spor dalı ile tanıştırılmalı çocuğun seveceği alternatifler değerlendirilmeli. Böylece çocukların fiziksel aktiviteye katılımı arttırılabilir. Ayrıca fiziksel aktivite alışkanlığının yerleşmesinde çocuğun aktiviteye ulaşımının da kolay olması önemlidir. Düzenli olarak devam edilmezse fiziksel aktivite alışkanlığının kazanılması zorlaşabilir. Ayrıca çocukların fiziksel özelliklerine uygun spor aktivitelerine yönlendirmek, onların bu alanlarda daha başarılı olma ihtimallerini arttırır. Bunun sonucunda çocukların fiziksel aktivite yapmak için motivasyonları olabilir. Aile hekimlerinin ebeveynlerle görüşmeleri sırasında, bu konuda ailelere danışmanlık hizmeti vererek fiziksel aktiviteyle ilgili bilinçlendirmeyi sağlaması çok önemlidir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite durumlarında cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (x^2=82,665; p<0,001). Erkek cinsiyetteki öğrencilerin fiziksel aktivite ölçeğine göre aktif olma oranları, kadın cinsiyetteki öğrencilerden daha fazlaydı. Ölçücü ve ark.'nın (63) çalışmasında da erkek öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyinin kız öğrencilerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Aksoydan ve ark.'nın (1) çalışmasında da cinsiyet ve fiziksel aktivite arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bunun sebebi erkek çocuklarının spora daha istekli olması olabilir. Ancak fiziksel aktivite ölçeğini yanıtlayan çocukların yeterli düzeyde fiziksel olarak aktif olma oranının % 21,4 olduğu göz önüne alındığında, her iki cinsiyet için de fiziksel aktiviteye daha çok yönlendirilme yapılması gerektiği ve kız çocuklarının bu konuda geri planda daha çok kaldığı göz önünde bulundurulmalıdır. Aile ve okul toplumsal cinsiyet rollerinin öğrenilmesinde çok önemlidir. Bu süreçte erkek çocukların spora daha çok yönlendirilmesi, kız çocuklarının bu alanda daha geri planda olması bunun sebebi olabilir. Sağlık ile ilgili engel yoksa her çocuk mutlaka spora yönlendirilmelidir. Kız çocuklarının eğitim, spor, sanat ve bilim alanında kendilerini geliştirmelerine engel olan kalıplaşmış ön yargıların önüne geçilmelidir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin gelir grupları ile fiziksel aktivite durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (x^2=1,077; p=0,583). Gelir düzeyinin yüksek veya düşük olması günlük yeterli fiziksel aktivite yapabilmek için bir engel değildir. Fiziksel aktivite kişinin günlük yaşam alışkanlıklarıyla ilişkilidir.

Daha önce beslenme danışmanlığı almış olma durumuyla fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı **(**x^2=10,974; p=0,004). Beslenme danışmanlığı alan öğrencilerin fiziksel aktivite ölçeğine göre aktif olma yüzdeleri, beslenme danışmanlığı almayanlara göre daha yüksekti. Kişilerin beslenme danışmanlığı almış olmaları bu konuda farkındalık kazanmalarına sebep olarak yaşam tarzı değişikliğine teşvik eder. Öğrencilere bu konuda danışmanlık verilmesi önemlidir. Aile hekimlerinin ergenlerle görüşme esnasında beslenme alışkanlıklarını sorgulaması ve gerekli önerilerde bulunması bu konuda farkındalık yaratmasını sağlayacaktır.

Öğrencilerin okula ulaşımı sağlama yöntemleriyle fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı **(**x^2=18,092; p=0,006). Okula yürüyerek giden öğrencilerin fiziksel aktivite ölçeğine göre aktif olma yüzdeleri diğer gruptaki öğrencilere göre daha fazlaydı. Günlük hayatta toplu taşıma veya özel araç yerine yürümeyi tercih etmek günlük atılan adım sayısını arttırır. Bu da gün içinde yapılması gereken fiziksel aktivite için katkı sağlar. Okula yürüyerek giden öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyinin yüksek olması bize günlük hayatta ulaşım araçları yerine yürümeyi tercih etmenin önemini göstermektedir. Yürüyüş yollarının ve bisiklet yollarının arttırılmasıyla, toplu taşıma ve özel araçlarla olan ulaşımın azaltılması hem çevre için hem de gençlerin sağlığının korunmasında olumlu bir adım olabilir. Gençlerin sağlıklı fiziksel aktivite yönlendirecek hem de güvenli olacak ulaşım yöntemlerinin sağlanması gerekmektedir.

Öğrencilerin düzenli egzersiz yaptığını ifade etme durumları ile fiziksel aktivite ölçeğine göre yeterli düzeyde fiziksel olarak aktif olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır **(**x^2=308,950; p<0,001). Düzenli olarak fiziksel aktivite yapan kişilerde, metabolizmanın hızlanmasına bağlı kilo alımının önlenmesi, kas kuvvetinin korunması, vücut postürünün korunması gibi nedenlerle özellikle büyüme çağındaki çocuklarda çok önemlidir. Morrow ve ark.'nın (64) gençlere yönelik olarak yaptığı çalışmada, ulusal olarak belirlenmiş aerobik ve kas güçlendirme fiziksel aktivitelerini karşılamayan adölesanların; aerobik kapasite, beden kitle indeksi, kas uygunluğu ve bu üç parametrenin kombinasyonuna yönelik sağlıklı fiziksel düzeye ulaşamama ihtimallerinin yüksek olduğunu belirtmiştir. Düzenli olarak egzersiz yapan çocuklar bu süre içinde günlük yapması gereken fiziksel aktivite miktarını büyük ölçüde tamamlayacaktır. Sağlıklı bir gelişim için düzenli fiziksel aktivite gereklidir.

Öğrencilerin okulda sportif faaliyetlere katılma durumu ile fiziksel aktivite ölçeğine göre yeterli derece fiziksel aktif olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır **(**x^2=172,708; p<0,001). Okullarda kazandırılacak olarak düzenli fiziksel aktivite alışkanlığının fiziksel gelişime ve sağlıklı bir yaşam için olumlu etkisi olduğunu desteklemektedir. Okullardaki sportif faaliyetler öğrencilerin disiplin kazanmasını sağlar, azimli ve mücadeleci olmayı öğretir, mağlubiyeti kabullenme ve galibiyet kazanan tarafı takdir etme özelliği kazandırır. Sporun hayatımızdaki önemi her geçen gün daha çok anlaşılırken okullardaki sportif faaliyetlerin daha kapsamlı ve etkin hale getirilmesi önemlidir. Öğrencilerin gün içinde en çok zaman geçirdiği yer olan okullarda yapılan fiziksel aktivitelerin süresinin arttırılması ve fiziksel aktiviteye katılmasına sağlık yönünden engel bulunmayan her öğrencinin katılımının katılımı sağlanması yönünde çalışılmalıdır. Öğrencilerin yeterli düzeyde fiziksel aktif olmadığı göz önünde bulundurulması ve bunun arttırılması yönünde adımlar atılmalıdır.

Öğrencilerin okul dışında düzenli spor yapma durumları ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır **(**x^2=315,223; p<0,001). Fiziksel aktivite ölçeğine göre fiziksel olarak yeterli derecede aktif olma durumları diğer öğrencilere göre yüksekti. Bu çıkarımla sportif faaliyetlerin sadece okullarda eğitimle sınırlı kalmaması gerektiği, okul saatleri dışında da çocukların ve gençlerin sportif faaliyetlere katılımının arttırılmasının önemli olduğu görülmektedir. Açık alanlarda ve parklarda spor yapma imkanının sağlanması, fiziksel aktivite yapmak için uygun alanlara ulaşımını kolaylaştırıp, maliyetini azaltacağından yeterli derecede fiziksel olarak aktif olma durumunu arttırabilecektir.

Sağlık ve sosyal yönden fiziksel aktivitenin bireylere kazandırdığı olumlu sonuçlar düşünüldüğünde her yaşta fiziksel aktiviteye katılımın arttırılması amaçlanmalıdır. Önce çocukların ve gençlerin, ardından bütün toplumun fiziksel aktivite düzeyini arttırmak amacıyla bireylerin bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Fiziksel aktivite düzeyi ölçek puanları ve yeme davranışı ölçek puanları karşılaştırıldığında iki değişken arasında düşük kuvvette pozitif yönlü bir ilişki saptandı. Buna karşılık gelen korelasyon değeri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=0,124; p<0,001). Fiziksel aktivite ve

sağlıklı beslenme davranışları birbirini desteklemektedir. Aile hekimleri de muayene esnasında koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme davranışları konusunda motive etmelidir. Sağlıklı hayat tarzı değişimleri birbirinden ayrı değerlendirilmemelidir. Her kazanılan davranış değişikliği bir diğeri için zemin hazırlayabilmektedir. Sağlığın sürdürülmeye çalışılmasında, hastalıkların oluşmadan önlenmesi amaçlanmalıdır. Sağlık ve hastalık; biyolojik, psikolojik ve sosyal değişkenlerin karmaşık etkileşimleri ile şekillenmekte birbirinden ayrı kategorize edilememektedir. Bu önerilerde bulunurken kişi merkezli yaklaşım gereklidir.

Özellikle lise çağında, çocukluktan yetişkinliğe geçen süreç içinde edinilen alışkanlıkların hayat boyu devam edebileceğinden gençlerin yaşam tarzı davranışları yakın olarak izlenmeli, her bir bireye kendine özgü koşullarına uygun olarak danışmanlık hizmeti verilmelidir.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yaptığımız çalışmamızda, Edirne İl Merkezi'nde bulunan liselerde öğrenim gören öğrencilerinde fiziksel aktivitenin ve yeme davranışının incelenmesi amaçlandı. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

1- Çalışmamıza toplam 1540 öğrenci dahil edilmiştir. Öğrencilerden 887 kişi (% 52) kadın cinsiyette, 653 kişi (% 48) erkek cinsiyetteydi. Katılımcıların yaş ortalaması 16,07 ± 1,16 (minimum 13, maksimum 19) yıl olarak saptanmıştır. Erkek cinsiyette fiziksel aktivitenin daha fazla olduğu saptanmıştır.

2- Öğrencilerin yeme davranışı ölçeğinde verdikleri cevaplara göre % 1,2'si kötü, % 43,9'u orta, % 51,8'i iyi, % 3,1'i çok iyi kategorisine girmekteydi. Öğrencilerinin yaklaşık yarısının orta ve kötü kategorisine girdiği görülmektedir. Öğrencilerin yeme davranışı bozukluklarına çözüm getirilmelidir.

3- Öğrencilerin gelir grupları ve yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Üst gelir grubundaki öğrencilerin sosyoekonomik düzeyinin iyi olmasının beslenme alışkanlıklarına da yansımış olduğu görülmektedir. Okullarda öğrencilerin beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesine yönelik müdahale yapılmalıdır. Öğrencilerin sağlıklı gıdalara ulaşımının kolaylaştırılması için çalışmalar yapılmalıdır.

4- Araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ ile yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Öğrencilerin yanlış beslenme alışkanlıkları sonucu orantısız kilo alımı veya kilo kaybı gerçekleşir. Bu da BKİ'de artışa veya azalmaya sebep olur. Bunun sonucu olarak da hayatlarının ilerleyen dönemlerinde çeşitli kronik hastalıklara yol açabilir.

5- Araştırmaya katılan öğrencilerin daha önce beslenme danışmanlığı almış olma durumları ve yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Beslenme danışmanlığı almış olan öğrenciler yeme davranışı konusunda farkındalık oluşur, besin seçiminde daha bilinçli tercihler yaparlar. Bu durum bize yanlış davranışların önüne geçmek için eğitim önemini göstermektedir.

6- Araştırmaya katılan öğrencilerin okuldaki başarı durumları ile yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Sağlıklı beslenme davranışları çocukların ve gençlerin, fiziksel ve zihinsel gelişiminde çok önemlidir.

7- Araştırmaya katılan öğrencilerin % 21,4'ü fiziksel aktivite ölçeğine göre yeterli düzeyde aktifti. Oysaki düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığını söyleyen öğrencilerin oranı % 34,9 idi. Bu durum bize gösteriyor ki öğrencilerin bir kısmı düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığını düşünmesine rağmen sağlık açısından yeterli düzeyde fiziksel olarak aktif değildi.

8- Öğrencilerin okulda sportif faaliyetlere katılma durumu ile fiziksel aktivite ölçeğine göre yeterli derece fiziksel aktif olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Okullarda kazandırılacak olarak düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı fiziksel gelişime ve sağlıklı bir yaşam için olumlu etkisi olduğunu desteklemektedir.

9- Fiziksel aktivite düzeyi ölçek puanları ve yeme davranışı ölçek puanları karşılaştırıldığında iki değişken arasında düşük kuvvette pozitif yönlü bir ilişki saptandı. Buna karşılık gelen korelasyon değeri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme davranışları birbirini desteklemektedir.

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü, ergenlik dönemini yaşamın 10-19 yaş arasındaki evresi olarak tanımlamıştır. Ergenlerin dünya nüfusunun içindeki payı yaklaşık % 20'dir. Ergenlik dönemi, fiziksel ve psikolojik değişikliklerle karakterize olan, yaşamda, bebeklik çağından sonraki ikinci hızlı gelişme atağının olduğu evredir. Ergenlik döneminde edinilen yanlış beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıkları, hayatın ileri dönemlerinde kalıcı olabilmekte ve kişilerin sağlığını yaşamı boyunca etkileyebilmektedir.

Çalışmanın örneklemini Edirne İl Merkezi'ndeki liselerde öğrenim gören 1540 kişiden oluşturmaktadır. Veriler 90 sorudan oluşan bir anketle toplanmıştır. Anket içinde 7 sorudan oluşan fiziksel aktivite ölçeği ve 58 sorudan oluşan yeme davranışı ölçeği uygulanmıştır.

Öğrencilerin yeme davranışı ölçeğinde verdikleri cevaplara göre % 1,2'si kötü, % 43,9'u orta, % 51,8'i iyi, % 3,1'i çok iyi yeme davranışı kategorisine girmekteydi. Öğrencilerin gelir grupları ve yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (x^2=9,032; p=0,029). Üst gelir grubundaki öğrencilerin sosyoekonomik düzeyinin iyi olmasının beslenme alışkanlıklarına da yansımış olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin beden kitle indeksleri ile yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (x^2=27,808; p=0,001). Araştırmaya katılan öğrencilerin % 21,4'ü fiziksel aktivite ölçeğine göre yeterli düzeyde aktifti. Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite durumlarında cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (x^2=82,665; p<0,001). Erkek cinsiyetteki öğrencilerin fiziksel aktivite ölçeğine göre aktif olma oranları, kadın cinsiyetteki öğrencilerden daha fazlaydı. Fiziksel aktivite düzeyi ölçek puanları ve yeme davranışı ölçek puanları karşılaştırıldığında iki değişken arasında düşük kuvvette pozitif yönlü bir ilişki saptandı.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler değerlendirildiğinde, öğrencilerin fiziksel aktivite durumlarının ve yeme davranışlarının istenilen durumda olmadığı görülmektedir. Ergenlik döneminde gelişen yaşam tarzı alışkanlıkları kişinin hayatı boyunca sağlık durumunu etkileyecektir. Ergenlerin sağlıklı yaşam tarzı davranışları konusunda bilinçlendirilmesi, hatalı davranışların erken tespit edilip müdahale edilmesi ve daha sonraki süreçte sıkı takip edilmesi gerekmektedir. Resmi kurumların bu konuda etkin müdahalesi ile ergenlere sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları kazandırılarak ve sağlık okuryazarlığı arttırılarak ileride gelişebilecek olan kronik hastalıkların riski azaltılmalıdır.

Anahtar kelimeler: fiziksel aktivite, yeme davranışı, Aile Hekimliği

EVALUTION OF THE PHYSICAL ACTIVITY AND EATING BEHAVIOR AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS IN EDIRNE CITY CENTER

SUMMARY

The World Health Organization has defined adolescence as the stage of life between the ages of 10-19. The share of adolescents in the world population is about 20 %. Adolescence is a phase characterized by physical and psychological changes, and is the second rapid development period in life after infancy. Wrong eating behaviors and lifestyle habits acquired during adolescence can be permanent in later life and affect people's health throughout life.

The sample of the study consists of 1540 people studying in high schools in the city center of Edirne. The data were collected by a questionnaire consisting of 90 questions. International Physical Activity Questionnaire consisting of 7 questions and Eating Behavior Scale consisting of 58 questions were applied in the questionnaire.

According to the answers given by the students on the Eating Behavior Scale, 1.2 % were in the category of bad eating behavior, 43.9 % were moderate, 51.8 % were good and 3.1 % were very good. A statistically significant difference was found between students' income groups and eating behaviors (x^2=9,032; p=0,029). It is seen that the socio-economic level of students in the high income group is well reflected in their eating habits. A statistically significant difference was found between body mass indexes and eating behaviors of the students (x^2=27,808; p=0,001). 21.4 % of the students participating in the research were sufficiently active according to the International Physical Activity Questionnaire. There was a

statistically significant difference in the physical activity status of the students who participated in the study according to their gender (x^2=82,665; p<0,001). The male students' rate of being active according to the International Physical Activity Questionnaire was higher than the female students. When the International Physical Activity Questionnaire scores and Eating Behavior Scale scores were compared, a low-power positive correlation was found between the two variables.

When we evaluated the data, it was seen that the students' physical activity status and eating behaviors were not in the desired state. Lifestyle habits developed during adolescence will affect a person's health status throughout life. Adolescents should be conscious about healthy lifestyle behaviors; early behaviors should be detected and intervened early; and they should be followed up closely in the following process.

With the effective intervention of official institutions, the risk of chronic diseases that may develop in the future could be reduced by gaining healthy lifestyle habits for adolescents and increasing health literacy.

Key words: physical activity, eating behaviour, Family Practice

KAYNAKLAR

1. Aksoydan E, Çakır N. Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Derg 2011;53:264-70.

2. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Standish AR. Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: associations with 10-year changes in body mass index. Journal of Adolescent Health 2012;50:80–6.

3. Akman M, Tüzün S, Ünalan PC. Adölesanlarda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite durumu. Nobel Med 2012;8(1):24-9.

4. Parlaz EA, Tekgül N, Karademirci E, Öngel K. Ergenlik dönemi: fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. The Journal of Turkish Family Physician 2012;3(4):10-6.

5. Achieving universal health coverage for the world's 1,2 billion adolescents, 2020 [internet]. WHO (Erişim Tarihi 13.06.2020). https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/universal-health-coverage/en/.

6. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. Lancet 2016;387(10036):2423-78.

7. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018 [internet]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Erişim Tarihi 03.07.2020). http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf.

8. Rakel RE, Rakel DP. Çocuklarda ve ergenlerde davranış sorunları (çeviri: A.S. Tekiner, E. Aktunç). Saatçı E. (Editör). Aile Hekimliği'nde. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2019:452.

9. Darendeliler F, Neyzi O, Bundak R. Gelişme - olgunlaşma. Neyzi O. Ertuğrul T (Editörler). Pediatri'de. İstanbul : Nobel Tıp Kitabevi; 2010:123-35.

10. Derman O. Ergenlerde psikososyal gelişim. Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi 2008;63:19-21.

11. Adolescents: health risks and solutions, 2018 [internet]. World Health Organization (Erişim Tarihi 03.07.2020). https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions.

12. Kütük S. Adölesan gebelik riskleri ve sorunları. Türk Aile Hek Derg 2012;16(Ek):31-4.

13. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, 2018 [internet]. TC. Sağlık Bakanlığı (Erişim Tarihi 03.07.2020). https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/yayinlar/Kitaplar/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlem_Protokolleri_2018.pdf

14. Smith GL, McGuinness TM. Adolescent psychosocial assessment: The HEEADSSS. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 2017;55(5):24-7.

15. Arusoğlu G, Köksal G. Besin alımı ve enerji dengesi. Bes Diy Derg 2015:43(1):51-8.

16. Yardımcı H, Özçelik AÖ. Üniversite öğrencilerinin öğün düzenleri ve beslenme eğitiminin beslenme bilgisine etkisi. Bes Diy Derg 2015;43(1):19-26.

17. Diktaş HE, Hızlı H, Garipağaoğlu M. Adölesanlarda porsiyon seçimi ile beden kütle indeksi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Bes Diy Derg 2019;47(1):4-13.

18. Işgın K, Pekmez CT, Çetin C, Kabasakal A, Demirel ZB, Besler HT. Adölesanlarda duygusal yeme, kontrolsüz yeme ve bilişsel yeme kısıtlaması davranışları ile vücut bileşimi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Bes Diy Derg 2014;42(2):125-31.

19. Türkiye Beslenme Rehberi, 2015 [internet]. TC Sağlık Bakanlığı (Erişim Tarihi 03.07.2020).https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberi pdf.pdf.

20. Özer EA, Dede S, Dursun A, Avşar YK. Gıda piramitleri. Saydam ZBG, (Editör). Fonksiyonel beslenme'de. İzmir: Sidas Yayıncılık; 2020:13-30.

21. Akder RN, Meseri R, Çakıroğlu FP. Okul çağı çocukluk döneminde beslenme eğitimi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2018;(2):1-10.

22. Altaş B, Kuloğlu Z. Malnutrisyonlu çocuğa yaklaşım. Türkiye Çocuk Hast Derg 2011;5(1):54-64.

23. Kabaran S, Mercanlıgil SM. Çocukların beslenme alışkanlıklarının, besin seçimlerinin ve obezite durumlarının değerlendirilmesi. Beslenme ve Diyet Dergisi 2013;41(2):115-23.

24. Saygın M, Öngel K, Çalışkan S, Yağlı MA, Has M, Gonca T, ve ark. Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2011;18(2):43-7.

25. Tekgül N, Dirik N, Karademirci E, Doğan A. Adolesanlarda vücut kitle indeksi (VKİ) ile ilişkili değişkenlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi 2012;51(3):183-6.

26. Westerterp KR. Physical activity, food intake, and body weight regulation: insights from doubly labeled water studies. Nutrition Reviews 2010;68(3):148-54.

27. Öztürk A, Borlu A, Çiçek B, Altunay C, Ünalan D, Horoz D, et al. 0-18 yaş çocuk ve adolesanlarda büyüme eğrileri. Türk Aile Hek Derg 2011;15(3):112-29.

28. Beslenme durumunun saptanması, 2008 [internet]. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı (Erişim Tarihi 03.07.2020). https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/A%2014.pdf

29. Mazıcıoğlu MM. Büyüme gelişme izleminde kullanılan antropometrik ölçüm yöntemleri: büyüme takibinin metodolojisi. Türk Aile Hek Derg 2011;15(3):101-8.

30. Sökülmez P, Uyar E. Farklı bölgelerde yaşayan preadölesan çocukların beslenme alışkanlıkları ve besin tüketim sıklıklarının belirlenmesi. DÜ Sağlık Bil Enst Derg 2015;5(3):23-9.

31. Selçuk H. Malnütrisyon ve önemi. Güncel Gasroenteroloji Derg 2012;16(2):158-62.

32. Güleç SG, Urgancı N, Polat S, Yağar G, Hatipoğlu N. Hastanede yatan üç yaş altı çocuklarda malnütrisyon durumunun değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2011;45(4):124-9.

33. Obesity: preventing and managing the global epidemic, 2000 [internet]. World Health Organization (Erişim Tarihi 03.07.2020). https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=AvnqOsqv9doC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Obesity:+preventing+and+managing+the+global+epidemic&ots=6VM45sZS8H&sig=oOyPHOFOIktBEvVIA4SxjQPwJ5I&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

34. Yılmaz BÖ, Çiçek B, Kaner G. Kayseri ilindeki liselerde öğrenim gören adölesanlarda obezite düzeyinin ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi. Turk Hij Den Biyol Derg 2018;75(1):77-88.

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

36. Tedik SE. Fazla kilo/obezitenin önlenmesinde ve sağlıklı yaşamın desteklenmesinde hemşirenin rolü. Türk Diyab Obez Derg 2017;1(2):54-62.

37. Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010: beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu, 2014 [internet]. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (Erişim Tarihi 03.01.2020). https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf.

38. Fall T, Mendelson M, Speliotes EK. Recent advances in human genetics and epigenetics of adiposity: pathway to precision medicine? Journal of Gastroenterology 2017;152(7):1695-706.

39. Huvenne H, Dubern B, Clément K, Poitou C. Rare genetic forms of obesity: clinical approach and current treatments in 2016. Obes Facts 2016;9(3):158-73.

40. Karaçil MŞ, Şanlıer N. Obezojenik çevre ve sağlık üzerine etkileri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(2):786-803.

41. Brown CL, Halvorson EE, Cohen GM, Lazorick S, Skelton JA. Addressing childhood obesity: opportunities for prevention. Pediatr Clin 2015;62(5):1241-61.

42. Pirgon MÖ. Çocukluk çağı obezitesinde çevresel faktörlerin rolü. Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2015;11(3):22-8.

43. Pekkolay Z. Obezite patogenezi. Fırat Tıp Dergisi 2018;23:5-8.

44. Rakel RE, Rakel DP. Obezite (çeviri: D. Toprak). Saatçı E. (Editör). Aile Hekimliği'nde. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2019:867-90.

45. Köseoğlu SZA, Tayfur AÇ. Adölesan dönemi beslenme ve sorunlar. JCP 2017;15(2):44.

46. Ergül Ş, Kalkım A. Önemli bir kronik hastalık: çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. TAF Prev Med Bull 2011;10(2):223-30.

47. Çaka SY, Çınar N, Altınkaynak S. Adolesanda yeme bozuklukları. GÜSBD 2017;7(1):203-9.

48. Keskin K, Alpkaya U, Çubuk A, Öztürk Y. 12–14 yaş çocukların fiziksel aktivite düzeyleri ile beslenme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. İÜ Spor Bilimleri Dergisi 2017;7(3):34-43.

49. Menteş E, Menteş B, Karacabey K. Adölesan dönemde obezite ve egzersiz. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011;8(2):963-77.

50. Yalçın U, Balcı V. 7-14 yaş arası çocuklarda spora katılımdan sonra okul başarılarında, fiziksel ve sosyal davranışlarında oluşan değişimlerin incelenmesi. SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 2013;11(1):27-33.

51. Dişcigil G. Günümüzün çocukluk ve adolesan çağı epidemisi: obezite. Türk Aile Hek Derg 2007;11(2):92-6.

52. Meydanlıoğlu A. Çocuklarda fiziksel aktivitenin biyopsikososyal yararları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2015;7(2):125-35.

53. Abakay U, Alıncak F, Ay S. Üniversite öğrencilerinin beden algısı ve atılganlık düzeylerinin incelenmesi. Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2017;2017(9):12-8.

54. Oktan V, Şahin M. Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010;7(2):543-56.

55. Bektaş DY. Ergenlerde beden imgesi üzerine bir çalışma. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2016;3(22):67-75.

56. Saglam M, Arikan H, Savci S, Ince DI, Guclu MB, Karabulut E, et al. International physical activity questionnaire: reliability and validity of the Turkish version. Perceptual and Motor Skills 2010;111(1):278-84.

57. Özdoğan Y. Adolesanların Yeme Davranışı ve Beslenme Bilgilerini Saptamaya Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi Anabilim Dalı; 2013.

58. Arslan M. Lise öğrencilerinin beden algısı ve yeme tutumunun incelenmesi ve bunların BKİ (beden kitle indeksi) ile ilişkisinin değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi 2020;11(26):107-17.

59. Kayapınar FÇ, Aydemir R. Lise öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıklarının incelenmesi (Kars Digor Anadolu Lisesi Örneği). International Journal of Science Culture and Sport 2014;2(2):21-38.

60. Sağır A, Eraslan H. Akıllı telefonların gençlerin gündelik hayatlarına etkisi: Türkiye'de üniversite gençliği örneği. Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi 2019;10(17):48-78.

61. Yilmaz M, Aykut M. Sigaranın beslenme ve besin tüketimi üzerine etkileri. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(3):644-51.

62. De Groot RHM, Ouwehand C, Jolles J. Eating the right amount of fish: inverted U-shape association between fish consumption and cognitive performance and academic achievement in Dutch adolescents. Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids 2012;86(3):113-7.

63. Ölçücü B, Vatansever Ş, Özcan G, Paktaş Y, Çelik A. Ortaöğretim öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyi ile depresyon ve anksiyete ilişkisi. Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2015;2015(4):58-67.

64. Morrow JR, Tucker JS, Jackson AW, Martin SB, Greenleaf CA, Petrie TA. Meeting physical activity guidelines and health-related fitness in youth. American Journal of Preventive Medicine 2013;44(5):439-44.

EKLER

EK-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2019/370	
	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezi Lise Öğrencilerinde Fiziksel Aktivitenin ve Yeme Davranışının Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:17/01**	**Tarih:14.10.2019**	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Damla YILMAZ'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	Mazeretli
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK-2

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 56569733-44-E.1725825 23/01/2020
Konu : Anket İzni

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün 2017/25 sayılı Genelgesi
b) Trakya Üniversitesi Rektörlüğü'nün 19/12/2019 tarihli ve 167663 sayılı yazısı.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Damla YILMAZ' ın İl Millî Eğitim Müdürlüğümüze bağlı Edirne İl Merkezinde bulunan Resmi/Özel lise öğrencilerine yönelik uygulamak istediği **"Edirne İl Merkezinde Lise Öğrencilerinde Fiziksel Aktivitenin ve Yeme Davranışının Değerlendirilmesi"** konulu tez çalışması kapsamında yer alan veri toplama araçları Anket Değerlendirme Komisyonu'nca incelenmiştir.

Makamınızca uygun görüldüğü takdirde, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Damla YILMAZ' a ait anket çalışmasının 2019-2020 eğitim öğretim yılı içerisinde İl Millî Eğitim Müdürlüğümüze bağlı Resmi/Özel lise öğrencilerine gönüllülük esasına dayanılarak, eğitim öğretimi aksatmamak kaydı ile veli izin dilekçeleri alınarak, okul müdürü gözetim ve sorumluluğunda uygulanmasını olurlarınıza arz ederim.

Dr. Önder ARPACI
İl Millî Eğitim Müdürü

O L U R
23/01/2020
Ali UYSAL
Vali a.
Vali Yardımcısı

http://edirne.meb.gov.tr/ Tel : (0284) 212 61 22 Bilgi İşlem ve Eğitim Teknolojileri Hizmetleri Bölümü
bilgiislemegitek22@meb.gov.tr Faks : (0284) 212 61 26 Bilgi için: Necat SENGÖR (Bil. İşletmeni) Dahili: 2302

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. https://evraksorgu.meb.gov.tr adresinden 96b1-8c04-3b24-b9d0-a1dd kodu ile teyit edilebilir.

EK-3

Anket No:……

EDİRNE İL MERKEZİ LİSE ÖĞRENCİLERİNDE FİZİKSEL AKTİVİTENİN VE YEME DAVRANIŞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

TC. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
Arş. Gör. Dr. Damla YILMAZ
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak "Edirne il merkezi lise öğrencilerinde fiziksel aktivitenin ve yeme davranışının değerlendirilmesi" isimli hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz.

Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1. **Sınıfınız:**
2. **Yaşınız:**
3. **Cinsiyetiniz:** 1)Kadın 2)Erkek
4. **Kilonuz:**
5. **Boyunuz:**
6. **Hanenizin aylık geliri:**…….
7. **Kaç kardeşiniz var?**

   0.Kardeşim yok 1.Bir kardeşim var 2.İki kardeşim var 3.Üç ve üzeri kardeşim var

8. **Nerede yaşıyorsunuz?**
   1.Köy 2.İlçe Merkezi 3.İl Merkezi

9. Hayatınızın çoğunu nerede geçirdiniz?

1.Köy 2.İlçe Merkezi 3.İl Merkezi

10. Annenizin eğitim durumu nedir?

0.Okur-yazar değil 1.İlkokul 2.Ortaokul 3.Lise 4.Üniversite ve üzeri

11. Babanızın eğitim durumu nedir?

0.Okur-yazar değil 1.İlkokul 2.Ortaokul 3.Lise 4.Üniversite ve üzeri

12. Kronik hastalık öykünüz varsa belirtiniz(Hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları vs.).

……..

13. Düzenli olarak kullanmanız gereken bir ilaç varsa belirtiniz.

……

14. Aile bireylerinizde kronik hastalık öyküsü olan varsa belirtiniz(Hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları vs.)

.....

15. Aile bireylerinizde obez/yüksek kilolu olan varsa belirtiniz?

…….

16. Gün içinde bilgisayar veya tablet bilgisayarda ne kadar vakit harcarsınız?

0. Bilgisayarım yok veya hiç vakit harcamam.
1. Günde…….dakika……..saat

17. Gün içinde telefonda ne kadar vakit harcarsınız?

0. Telefonum yok veya hiç vakit harcamıyorum
1. Günde…….dakika……..saat

18. Okuldaki başarı durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

0.Kötü 1.Orta 2.İyi 3.Çok iyi

19. Kendinizi dış görünüş açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?

0.Zayıf 1.Normal 2.Kilolu 3.Çok kilolu/Obez

20. Daha önce beslenme danışmanlığı aldığınız mı? 0.Hayır 1.Evet

21. Beslenme danışmanlığı almak ister misiniz? 0.Hayır 1.Evet

22. Sigara içiyor musunuz?

0.İçmiyorum, daha önce hiç içmedim.

1. İçmiyorum, bıraktım: Ne kadar süre içtiniz? .....yıl

Ne zaman bıraktınız? .....

2.Evet, içiyorum: Günde kaç adet? …….

Kaç yıldır? .....

23. Alkol tüketiyor musunuz?

0.Tüketmiyorum

1.Haftada…….. gün, ……..kadar (miktar), …….(cins) tüketiyorum.

22. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? 0.Hayır 1.Evet

23. Evden okula giderken ulaşımınızı nasıl sağlıyorsunuz?

0.Okul kampüsündeki yurtta kalıyorum.

1.Yürüyerek

2.Toplu taşıma

3.Okul servisi veya özel araç

24. Okulda beden eğitimi dersi dışında herhangi bir sportif faaliyete katılıyor musunuz? (kurs, okul takımı vb.)

0.Hayır 1.Evet

25. Okul dışında düzenli olarak spor yapıyor musunuz? (kurs, antreman, özel ders vb.)

0.Hayır 1.Evet

Fiziksel Aktivite Ölçeği

İnsanların günlük yaşayış içinde yaptıkları fiziksel aktiviteler hakkında bilgi edinmek istiyoruz. Aşağıda son 7 gün içinde fiziksel olarak harcanan zaman hakkında sorular bulunmaktadır. Lütfen, kendinizi çok hareketli bir kişi olarak görmeseniz bile her soruyu cevaplayın. Ev ve bahçe işlerinizi, işyerinde/okulda yaptığınız aktiviteleri, bir yerden bir yere gitmek için yaptıklarınızı, boş zamanlarınızda yaptığınız egzersiz veya spor gibi aktiviteleri düşünün. Son 7 gün içinde 10 dakika veya üstünde süren, nefesinizi hızlandıran, kuvvet gerektiren tüm yoğun faaliyetleri göz önünde bulundurun.

26) Son bir hafta içinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız?

0.Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. (28. Soruya Geçiniz)

1.Haftada _____ gün

27) Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

0. Bilmiyorum/Emin değilim

1. Günde _____ dakika

2. Günde _____ saat

Geçen bir hafta içinde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Bunlar 10 dakika veya daha uzun süren, orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir.

28) Son bir hafta içinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis gibi orta dereceli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız? (Yürüme hariç.)

0. Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. (30. Soruya Geçiniz)

1. Haftada _____ gün

29) Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

0. Bilmiyorum/Emin değilim

1. Günde _____ dakika

2. Günde _____ saat

Geçen bir hafta içinde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu; işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

30) Geçen 7 gün içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

0. Yürümedim. (32. Soruya Geçiniz)
1. Haftada _____ gün

31) Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

0. Bilmiyorum/Emin değilim
1. Günde _____ dakika
2. Günde _____ saat

Son soru, son bir hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

32) Son bir hafta içinde günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

0. Bilmiyorum/Emin değilim
1. Günde _____ dakika
2. Günde _____ saat

Yeme Davranışı Ölçeği

Bu ölçek sizin yeme davranışlarınızı belirlemek amacı ile hazırlanmıştır. Eğer sizin davranışınız hiçbir zaman (0) ile daima (10) arasında bir noktada yer alıyorsa işaretleyerek tüm ifadeleri cevaplandırınız. İFADELER	HİÇ BİR ZAMAN(0)										DAİMA(10)
33.Yemek tabağıma çok yemek alırım.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34.Öğün aralarında süt ve ayran içerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35.Günde en az 10 bardak su içerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36.Yağ miktarı düşük yiyecekler tüketirim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37. Yiyeceklerimin porsiyon büyüklüğüne dikkat ederim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38.Öğünlerimde ne yiyeceğimi önceden planlarım.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39.Televizyon seyrederken bir şeyler yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40.Cips gibi atıştırmalık yiyecekleri paketi bitinceye kadar yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41.Öğün aralarında atıştırmalık olarak tatlı yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42.Yemeği beğenmediğim zaman hamburger pizza vb. fast food türü yiyecekler yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43.Yemek yemek beni rahatlatır.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44.Üzgün olduğumda her zaman yediğimden daha çok yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45.Akşam yemeğinden sonra sürekli atıştırırım.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46.Okulda olduğum zamanlarda bile öğle öğününü atlamam.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
47.Sıkıldığımda daha çok atıştırırım.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48.Ruh halim kötü olduğunda canım ne istiyorsa yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49.Sevinçli olduğumda çok yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50.Hergün sebze yemeği yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
51.Günde en az bir kez fast food yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
52.Öğün aralarında meşrubat ve gazoz içerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
53.Yağda kızarmış yumurta yerine haşlanmış yumurta tüketirim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54.Günde en az 2 su bardağı kadar süt veya yoğurt tüketirim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
55.Yiyecekleri çok iyi çiğneyerek yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
56.Ne zaman buzdolabını açsam bir şeyler yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

57.Fast food yiyeceğim zaman kola hamburger patatesten oluşan menü alırım.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
58.Ev yemekleri yemektense hazır yiyecekler yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
59.Günde bir kereden fazla tatlı yerim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
60.Yağda kızarmış yiyecekleri tüketmem.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
61.Dışarıda yemek yediğim zaman kola yerine ayran içerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
62.Beyaz ekmek yerine kepekli veya tam tahıllı ekmek yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
63.Light yiyecek ve içecekleri tüketirim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
64.Aç olmasam bile atıştırırım.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
65.Pirinç pilavı yerine bulgur pilavı yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
66.Günde en az üç ya da dört kez sebze yemeği ya da salata yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
67.Yemeklerin tadına bakmadan tuz atarım.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
68.Meyve yemek yerine meyve suyu içerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
69.Günde üç ana öğün (sabah, öğle, akşam) yemek yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
70.Öğünlerimde her besin grubundan tüketirim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
71.Yemekleri az tuzlu tüketirim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
72.Kahve gibi uyarıcı ve kola gibi asitli içecekleri tüketmem.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
73.Günde en az iki porsiyon meyve yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
74.Canım tatlı istediğinde meyve yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
75.Yemek yemeye başladığımda kendimi kontrol edemem.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
76.İçeceklerimi şekerli tüketirim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
77.Önümde yiyecek olduğu sürece karnım tok olsa bile yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
78.Öğle yemeği yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
79.Kahvaltıda süt içerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
80.Kendimi yalnız hissettiğimde bir şeyler yiyerek kendimi teselli ederim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
81.Kahvaltıda tahıl gevreği tüketirim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
82.Öğün aralarında bisküvi gibi yiyecekler yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
83.Her gün mutlaka en az bir kez kola içerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
84.Kahvaltı yaparım.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
85.Öğünlerimi her gün aynı saatlerde yerim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
86.Ders çalışırken bir şeyler yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
87.Patatesi sadece kızartılmış olarak yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
88.Öğün aralarında atıştırmalık olarak meyve yerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
89.Haftada en az iki kez nohut, kuru fasulye, mercimek gibi kuru baklagilleri tüketirim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
90.Öğün aralarında taze meyve suları içerim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Katıldığınız için teşekkürler.