

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
KPJ-YL-2014-0003

ERGENLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI, ALGILANAN EBEVEYN KONTROLÜ VE
DEPRESYON İLE OBEZİTENİN İLİŞKİSİ: OBEZİTE İÇİN
KORUYUCU VE RİSK FAKTÖRLERİ

Neşe UZUN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY

AYDIN – 2014

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Psikiyatri Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Neşe UZUN tarafından hazırlanan “Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Algılanan Ebeveyn Kontrolü ve Depresyon ile Obezitenin İlişkisi: Obezite için Koruyucu ve Risk Faktörleri” başlıklı tez, 11/08/2014 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı :

- 1- Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY
- 2- Prof. Dr. Mehmet ESKİN
- 3- Prof. Dr. Hacer HARLAK

Üniversitesi:

- Adnan Menderes Üniversitesi
Adnan Menderes Üniversitesi
Adnan Menderes Üniversitesi

İmzası:



Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans/Doktora Tezi Enstitü Yönetim Kurulunun..... Sayılı kararıyla / /2014 tarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Obezite, tüm dünyada her geçen gün yaygınlığı hızla artan bir rahatsızlık olmaya başlamıştır. Hem yurtiçi hem de yurtdışında yapılan çalışmalar obezitenin çok faktörlü bir hastalık olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda multidisipliner bir tedavi yaklaşımına ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir. Yapılan bu çalışmada obezitenin fizyolojik etmenlerinin yanında davranışsal ve psikolojik etmenlerinin rolü de araştırılmıştır. Gelişimsel psikopatoloji açısından önemli bir dönemde olan ergenler üzerinde çalışılmış olmasının, obezite için gerekli önlemlerin alınarak daha sağlıklı yetişkinlerin yetişmesi adına önem taşıdığı düşünülmektedir.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----|
| KABUL VE ONAY | i |
| ÖNSÖZ | ii |
| İÇİNDEKİLER | iii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ | v |
| ÇİZELGELER DİZİNİ | vi |
| EKLER DİZİNİ | vii |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Zayıflık ve Yetersiz Beslenme | 1 |
| 1.2. Fazla Kiloluluk ve Obezite | 2 |
| 1.2.1. Tanımı ve Görülme Sıklığı | 2 |
| 1.2.2. Obezite Oluşumunu Etkileyen Faktörler | 6 |
| 1.2.2.1. Genetik | 7 |
| 1.2.2.2. Yaş | 8 |
| 1.2.2.3. Cinsiyet | 9 |
| 1.2.2.4. Sosyo-ekonomik düzey | 9 |
| 1.2.2.5. Beslenme alışkanlıkları | 10 |
| 1.2.2.6. Fiziksel aktivite | 11 |
| 1.2.3. Obezitenin yol açtığı sağlık sorunları | 13 |
| 1.2.4. Obeziteden korunma | 15 |
| 1.3. Ergenlerde Depresyon | 16 |
| 1.3.1. Depresyon ve Obezite | 19 |
| 1.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları | 23 |
| 1.5. Ebeveyn Kontrolü | 25 |
| 1.5.1. Psikolojik Kontrol ve Gelişimsel Sonuçları | 25 |
| 1.5.2. Davranışsal Kontrol ve Gelişimsel Sonuçları | 28 |
| 1.5.3. Ebeveyn Kontrolü ve Obezite | 30 |
| 1.6. Çalışmanın Amacı | 30 |
| 1.7. Hipotezler | 31 |
| 2. GEREÇ VE YÖNTEM | 32 |
| 2.1. Araştırmanın Örneklemi | 32 |
| 2.2. Veri Toplama Araçları | 33 |
| 2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu | 33 |
| 2.2.2. Sağlık ve Beslenme ile İlgili Bilgiler İçeren Form | 33 |

| | |
|--|----|
| 2.2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II..... | 33 |
| 2.2.4. Ebeveyn Psikolojik Kontrol Ölçeği (EPKÖ) | 34 |
| 2.2.5. Ebeveyn Davranışsal Kontrol Ölçeği (EDKÖ) | 34 |
| 2.2.6. Çocukluk Depresyonu Ölçeği (ÇDÖ) | 35 |
| 2.2.7. Beden Kitle İndeksi..... | 35 |
| 2.3. Verilerin Toplanması | 36 |
| 2.4. Verilerin Analizi | 36 |
| 3. BULGULAR | 37 |
| 3.1. Katılımcılarının BKİ'lerinin Demografik Özelliklere göre Dağılımı | 37 |
| 3.2. Değişkenlerin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Korelasyon Analizi Sonuçları..... | 43 |
| 3.3. Fazla Kiloluluk ve Obezite Yordayıcılarının Belirlenmesi..... | 46 |
| 4. TARTIŞMA | 48 |
| 5. SONUÇ..... | 59 |
| 5.1. Sınırlılıklar ve Öneriler. | 59 |
| ÖZET | 62 |
| ABSTRACT..... | 63 |
| KAYNAKLAR | 64 |
| EKLER..... | 76 |
| ÖZGEÇMİŞ | 82 |
| TEŞEKKÜR..... | 83 |

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|----------------|---|
| AACAP | : American Academy of Child and Adolescent Psychiatry |
| ABD | : Amerika Birleşik Devletleri |
| ASAGEM | : Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü |
| BKİ | : Beden Kitle İndeksi |
| DSÖ/WHO | : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization) |
| CDC | : Centers For Disease Control Prevention (Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi) |
| EHIS | : Avrupa Sağlık Görüşme Araştırması |
| HBSC | : The Health Behaviour in School-aged Children |
| HÜ | : Hacettepe Üniversitesi |
| MONICA | : Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease (Kardiyovasküler Hastalıklarda Belirleyicilerin Ve Eğilimlerin İzlenmesi) |
| NHANES | : National Health And Nutrition Examination Survey (ABD Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması) |
| SB | : Sağlık Bakanlığı |
| TBSA | : Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması |
| TEKHARF | : Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri |
| THSK | : Türkiye Halk Sağlığı Kurumu |
| TNSA | : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması |
| TURDEP | : The Turkish Diabetes Epidemiology Study (Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Araştırma Projesi) |
| TÜİK | : Türkiye İstatistik Kurumu |
| UCL | : University College London |
| UNICEF | : United Nations Children's Fund |
| Kg | : Kilogram |
| m ² | : Metrekare |

ÇİZELGELER DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Çizelge 1.1. Dünya Sağlık Örgütü Kaynaklarına Göre Yetişkinlerde BKİ'ye göre Obezite Sınıflandırılması..... | 3 |
| Çizelge. 2.1. Çalışmaya katılan ergenlerin demografik özelliklerinin dağılımı..... | 32 |
| Çizelge 3.1. Katılımcıların BKİ sınıflandırması..... | 37 |
| Çizelge 3.2. Demografik özelliklere göre BKİ dağılımı..... | 38 |
| Çizelge 3.3. Sigara ve alkol tüketim alışkanlıklarına göre BKİ dağılımı..... | 38 |
| Çizelge 3.4. Öğrencilerin BKİ'ye göre sağlık problemi varlığının ve ailelerinde fazla kilolu bireylerin varlığının dağılımı..... | 39 |
| Çizelge 3.5. Uyku süresi, masa başında geçen süre ve fiziksel aktivite yapma durumuna göre BKİ dağılımı..... | 40 |
| Çizelge 3.6. Su tüketim miktarına göre BKİ dağılımı..... | 40 |
| Çizelge 3.7. BKİ'ye göre yeme şekli dağılımı..... | 41 |
| Çizelge 3.8. Ergenlerin BKİ'ye göre öğünlerini gerçekleştirme sıklıkları..... | 42 |
| Çizelge 3.9. Ergenlerin BKİ'ne göre besin tüketim sıklıkları..... | 43 |
| Çizelge 3.10. Ergenlerin yanıtlarına göre elde edilen toplam puanların tanımlayıcı istatistikleri..... | 44 |
| Çizelge 3.11. BKİ'nin depresyon varlığına göre dağılımı..... | 44 |
| Çizelge 3.12. Beden kitle indeksi, çocukluk depresyonu ölçeği, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve ebeveyn kontrolü alt boyutları arasındaki korelasyonlar.... | 45 |
| Çizelge 3.13. BKİ'nin yordanmasına ilişkin hiyerarşik regresyon sonuçları..... | 47 |

EKLER DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Ek 1: Sosyodemografik Bilgi Formu..... | 76 |
| Ek 2: Sağlık ve Beslenme ile İlgili Bilgiler İçeren Form..... | 77 |
| Ek 3: ADÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı | 80 |
| Ek 4: Aydın İli Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma İzni..... | 81 |

1. GİRİŞ

Sağlıklı ve üretken olmak; bireyin, ailenin ve toplumun birinci amacıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyi olma hali olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization [WHO] 2003).

İnsan hayatı, birbirinden farklı fizyolojik ve psikolojik özellikler içeren dört ana gelişim dönemine ayrılabilir. Bunlar; çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık dönemleridir. Bu dönemler arasından ergenlik önemli yaşam değişikliklerine işaret etmekte; çocukluk ve yetişkinlik arasında olan, bireysel gelişimin her boyutunda ve sosyal bağlamda değişikliklerin eşlik ettiği bir geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde birçok açıdan değişim yaşayan ergenin vücudundaki fiziksel değişimler de bebeklik hariç diğer gelişim dönemlerinden daha hızlı bir şekilde gerçekleşmektedir (Wenar ve Kerig 2005). Ülkemizde çocuk ve ergenlerin kilo ve boy ölçümlerinde gelişmeler yaşanmakta, hem kız hem de erkek ergenlerin geçmiş yıllara göre daha uzun ve daha kilolu oldukları görülmektedir (Okuyay ve Ergin 2012). DSÖ, Beden Kitle İndeksi (BKİ) 18,50 ile 24,99 arasında olan yetişkinleri ve 15 ile 85 yüzdeleri dilim arasında olan çocuk ve ergenleri normal kilolu olarak kabul etmektedir (WHO 2013). Andıran ve arkadaşları (2007)'nin yürüttüğü, 7-14 yaşları arasındaki 504 çocuğun katıldığı çalışmada çocukların yalnızca %50,4'ünün BKİ'si normal sınırlarda bulunmuştur. 2012 yılında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan sağlık araştırmasında ise gençlerin vücut kitle indekslerine göre %69,2'sinin normal değerlerde olduğu saptanmıştır (TÜİK 2013).

Bu çalışmada temel olarak obezite üzerine odaklanılmakla birlikte, öncelikle zayıflık ve yetersiz beslenme hakkında bilgi aktarılmıştır.

1.1. Zayıflık ve Yetersiz Beslenme

Zayıflık, DSÖ büyüme standartlarına göre vücut ağırlığının yaşa göre düşük olması anlamına gelmektedir ve uzun süren enerji dengesizliği ya da alınan besinlerin vücut tarafından kullanılmaması sonucu oluşabilmektedir (WHO 2014a). Yetersiz beslenme ise

çocuğun büyüme, gelişme ve sağlık durumunun standartların altında olması durumudur ve önemli bir sağlık sorunu olarak adlandırılmaktadır. Çocuk ölümlerinin üçte birinden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. Zayıflık ve yetersiz beslenmenin nedenleri arasında; besleyici yiyeceklere erişimin zor olması, yiyecek fiyatlarının artması, yetersiz beslenme alışkanlıkları, yetersiz emzirme, çevre sağlığı koşullarının yetersizliği, doğuştan veya sonradan meydana gelen hastalıklar, sosyokültürel etmenler gösterilebilir (WHO 2014b).

Çalışmalar incelendiğinde Bursa’da 0-48 aylık çocuklarda yetersiz beslenme sıklığı ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılan araştırmada, çocukların %15,4’ünde yetersiz beslenme saptanmıştır. Ailede yaşayan kişi sayısı arttıkça yetersiz beslenme görülme oranının arttığı, anne sütü alımı, hastalanma oranı ve ailenin ekonomik düzeyiyle yetersiz beslenme sıklığının yakından ilişkili tespit edilmiştir (Bostan 1994). Andıran ve arkadaşları (2007)’nin yürüttüğü, 7-14 yaşları arasındaki 504 çocuğun katıldığı çalışmada çocukların %15,1’inin zayıf olduğu bulunmuştur. 2012 yılında 5 yaş altındaki zayıf çocukların sayısı dünya çapında 99 milyon olduğu yani %17’sinin DSÖ büyüme standartlarına göre düşük kilolu olduğu saptanmıştır. Önceki yıllara göre bu sayıda azalma olduğu görülmüş ancak çok küçük farklar olduğu kaydedilmiştir (United Nations Children’s Fund [UNICEF], WHO, The World Bank 2012).

Aşırı zayıflık sonucu vücudun dış etkenlere karşı direnci azalmaktadır. Bu durumda enfeksiyonlar daha kolay oluşmakta ve hastalıkların iyileşmesi de zorlaşmaktadır. Bunlar sonucunda çocukların algılama, dikkat ve bilişsel yetenekleri olumsuz etkilenirken, okul devamsızlıkları sebebiyle ders başarısında düşüş görülmektedir (Pekcan ve ark 2011). Sonuç olarak yetersiz ve dengesiz beslenmenin, çocuğun yalnız bedensel gelişimini değil, zihinsel gelişimini de olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

1.2. Fazla Kiloluluk ve Obezite

1.2.1. Tanımı ve Görülme Sıklığı

Fazla Kiloluluk ve Obezite, DSÖ tarafından sağlığa zarar verebileceği düşünülen anormal ya da aşırı derecede yağ birikimi olarak tanımlanmıştır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sıkça rastlanan, yetişkinleri olduğu kadar çocukları da etkileyen kronik bir hastalıktır. Günümüzde insan sağlığına en çok zarar verdiği belirlenmiş beslenme yetersizlikleri ve bulaşıcı hastalıklarla yer değiştirecek kadar yaygınlaşmaya

başlamıştır. Bunun da ötesinde obezite, diğer kronik ve bulaşıcı olmayan hastalıklar için temel bir risk faktörüdür (WHO 1997).

BKİ, yetişkinlerde fazla kilolu ve obez sınıflandırması için yaygın olarak kullanılan kilo-boy oranıdır. Bu oran, kişinin kilogram cinsinden ağırlığının, metre cinsinden boyunun karesine bölünmesiyle (kg/m^2) elde edilir. DSÖ'nün BKİ üzerinden tanımlamasına göre BKİ'si 25'e eşit ya da üzerinde olanlar fazla kilolu, 30'a eşit ya da üzerinde olanlar ise obezdir. BKİ, yetişkinlerde bütün yaş gruplarında ve her iki cinsiyette aynı olduğu için, popülasyon düzeyinde değerlendirildiğinde fazla kiloluluk ve obezitenin en kullanışlı ölçümünü sağlamaktadır. Ancak BKİ'nin kabataslak bir yönlendirici olduğu düşünülebilir; çünkü farklı bireylerdeki ağırlığın kas ile mi yoksa yağ ile mi ilişkili olduğunu ayırt etmemektedir. DSÖ'ye göre yetişkinlerde BKİ sınıflandırması çizelge 1.1.'de gösterilmiştir (WHO 2013).

Çizelge 1.1. Dünya Sağlık Örgütü Kaynaklarına Göre Yetişkinlerde BKİ'ye göre Obezite Sınıflandırılması

| Sınıflandırma | BKİ(kg/m^2) |
|-----------------------------|------------------------|
| Zayıf | <18,5 |
| Aşırı düzeyde zayıflık | <16 |
| Orta düzeyde zayıflık | 16,00 - 16,99 |
| Hafif düzeyde zayıflık | 17,00 - 18,49 |
| Normal | 18,50 - 24,99 |
| Fazla kilolu | $\geq 25,00$ |
| Şişmanlık öncesi (pre-obez) | 25,00 - 29,99 |
| Şişman (Obez) | $\geq 30,00$ |
| Şişman I.derece | 30,00 - 34,99 |
| Şişman II.derece | 35,00 - 39,99 |
| Şişman III.derece | $\geq 40,00$ |

Obezite sınıflandırması, boyun hala uzadığı ve vücut kompozisyonunun sürekli değiştiği çocukluk ve ergenlik döneminde daha da karmaşıklaşmaktadır. Yetişkinlerdeki BKİ yaşa bağlı olarak çok az değişim gösterirken çocuklardaki BKİ yaşa bağlı olarak oldukça fazla değişim göstermektedir. Bebeklikte hızlı bir biçimde yükselen BKİ, okul öncesi dönemde düşmekte ve tekrar yetişkinlik dönemlerine doğru artış göstermektedir. Bu sebeple, çocuk BKİ'leri değerlendirilirken yaşla ilişkili değerlere ihtiyaç duyulmaktadır

(WHO 1997). Fazla kilo ve obezitenin tanımlanmasında kullanılan farklı yaklaşımlar arasından en sık kullanılan yöntemlerden birisi yüzdeler (percentil) ve/veya z skor değerleridir. DSÖ, fazla kiloluluk ve obezitenin sınıflandırılmasında kullanılmak üzere, 2006 yılında 0-5 yaş arası çocuklar için, 2007 yılında ise 5-19 yaş arası çocuklar için büyüme referans değerleri yayımlamıştır ve bu değerler günümüzde kullanılmaktadır. DSÖ'nün belirlediği standartlarda beden kitle indeksi yaşa ve cinsiyete göre 95 percentilin üstünde olan ergenler obez, 85-95 percentil arasında olan ergenler ise fazla kilolu olarak tanımlanırlar. 15-85 percentil arası normal kilolu ve 15 percentilin altı ise zayıf anlamına gelmektedir (WHO 2014c).

Dünyada ve Avrupa'da obezite ile ilgili mevcut durum incelendiğinde Avrupa Birliğine üye 26 ülkede 11, 13 ve 15 yaş grubunda yapılan Okul Çağı Çocuklarında Sağlık Davranışı (The Health Behaviour in School-aged Children-HBSC) araştırmasının 2005-2006 döneminde beyana bağlı boy uzunluğu ve vücut ağırlığı verileri değerlendirildiğinde 11 yaş grubunda kızların %25'i, erkeklerin %30'u; 13 yaş grubunda kızların ve erkeklerin %31'i; 15 yaş grubunda ise kızların %32'si, erkeklerin %28'inin fazla kilolu olduğu saptanmıştır (Currie ve ark 2012). Avrupa Topluluğu İstatistik Ofisi (Eurostat)'nin 2007-2010 yılları arasında obezite eğilimindeki değişiklikleri izlemek için AB ülkelerinde yapılan çalışmasına göre fazla kiloluluğun %30-70, obezitenin ise %10-30 arasında olduğu görülmüştür (European Commission 2010). DSÖ araştırmalarında, dünya çapında düşünüldüğünde 1980 yılından itibaren obezitenin neredeyse iki katına çıktığı söylenebilir. 2008 verilerine göre yetişkinlerde 1,4 milyardan fazla kişinin fazla kilolu olduğu, bunlar arasındaki 200 milyondan fazla erkeğin ve neredeyse 300 milyon kadının obez olduğu bulunmuştur. Yüzde olarak değerlendirildiğinde 20 yaş ve üzeri yetişkinlerin %35'i fazla kilolu, %11'i obezdir. Genel olarak bakıldığında dünya yetişkin popülasyonunun %10'undan fazlasının obez olduğu söylenebilir (WHO 2013). Geniş çaplı başka bir araştırma olan Avrupa Sağlık Görüşme Araştırması (EHIS), Avrupa'da 19 üye ülkede 2008-2009 yılında yetişkinlerde fazla kiloluluk ve obezite oranını incelemiştir. Bu araştırmada fazla kiloluluk ve obezite oranının kadınlarda %36,9-56,7, erkeklerde %51-69,3 arasında değiştiği rapor edilmiştir. Her iki cinsiyette de 18 yaş üstünde obezitenin en düşük olduğu ülkelerin Romanya (kadınlarda %8, erkeklerde %7,6), İtalya (%9,3 ve %11,3), Bulgaristan (%11,3 ve %11,6) ve Fransa (%12,7 ve %11,7) olduğu; en fazla obez kadının İngiltere'de (%23,9), Malta'da (%21,1), Letonya (%20,9) ve Estonya'da (%20,5), erkeklerde ise en yüksek obezite sıklığının Malta (%24,7), İngiltere (%22,1), Macaristan

(%21.4) ve Çek Cumhuriyeti'nde (%18.4) olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya katılan ülkeler arasında kadın ve erkeklerde obezite ile ilgili sistematik bir farklılık bulunmadığı, ancak fazla kiloluluk sıklığında net bir farklılık olduğu görülmüştür (European Commission 2011). Obezitenin en sık görüldüğü ABD'de, Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yürütülen ABD Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES) 2009-2010 sonuçlarına göre ABD'de 78 milyondan fazla yetişkinin obez olduğu saptanmıştır. Obezite (BKİ ≥ 30) yaygınlığı erkeklerde %35,5, kadınlarda %35,8, genel toplamda %35,7 olarak belirlenmiştir (Ogden ve ark 2012). 2009-2010 yılında yapılan Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES)'na göre yaklaşık 12,5 milyon çocuk ve ergenin (%16,9) obez olduğu bulunmuştur. Kızlardaki obezite sıklığının %15, erkeklerdekinin ise %18,6 olduğu raporlanmıştır (European Commission 2010).

Fazla kiloluluk ve obezite sıklığı üzerine ülkemizde de birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalardan biri olan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında 1990'dan 2000 yılına kadar obezite sıklığının kadınlarda %36, erkeklerde %75 arttığı; 2000 yılında obezite sıklığının erişkin kadınlarda %43, erkeklerde %21,1 olduğu bildirilmiştir (Onat ve ark 1999). 24.788 kişinin tarandığı Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Araştırma Projesi (TURDEP)'ne göre ise obezite sıklığı kadınlarda % 30, erkeklerde % 13, genelde ise % 22.3 düzeyindedir (Satman ve ark 2002). TÜİK 2012 verilerine 15 ve daha yukarı yaştaki nüfusun %17,2'si obez, %34,8'i fazla kiloludur. Kadınların %20,9'unun obez ve %30,4'ünün fazla kilolu olduğu bildirilmiştir. Erkeklerde ise bu oranların sırasıyla, %13,7 ve %39,0 olduğu saptanmıştır (TÜİK 2013). Sağlık Bakanlığı (SB) ve Hacettepe Üniversitesi (HÜ) işbirliği ile yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)-2010" göre Türkiye'de obezite (BKİ: ≥ 30 kg/m²) ve kilolu olma/hafif şişmanlık (BKİ:25-29,9 kg/m²) sıklığı sırasıyla, erkek bireylerde %20,5 ve %39,1 (BKİ: >25 kg/m²; toplam %59,6), kadınlarda ise %41 ve %29,7 (BKİ: >25 kg/m²; toplam %70,7) olarak saptanmıştır. Toplam obezite sıklığı %30,3, fazla kilolu olanlar %34,6, fazla kilolu ve obez olanlar ise %64,9 olarak tespit edilmiştir. Morbid obezite sıklığı ise %2,9 olarak bulunmuştur. Kentlerle kırsal bölgelerin kıyaslanmasına bakıldığında obezite oranının kentlerde (E:%20,9, K:%40,4), kırsal (E:%19,1, K:%42,9) yerleşimde yaşayanlara göre daha fazla oranda görüldüğü ortaya çıkmaktadır (SB ve HÜ 2014).

Ülkemizde çocuklarda ve gençlerde fazla kiloluluk ve obezite yaygınlığını araştıran çalışmalar incelendiğinde, 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)'nda, 0-5 yaş grubu 2567 çocuğun %8,5'i obez/şişman, %17,9'u hafif şişman, %10,3'ü zayıf ve %5,6'sının ise çok zayıf olduğu belirlenmiştir. 6-18 yaş grubu 2248 çocuğun ise %8,2'i obez/şişman, %14,3'ü hafif şişman, %14,9'u zayıf ve %3,9'unun ise çok zayıf olduğu raporlanmıştır. Bu çalışmada BKİ değerlerine göre obezitenin en fazla görüldüğü bölgeler Doğu Marmara (%12,5), Ege (%11,4), Akdeniz (%11,4) ve İstanbul'dur (%10,8) olarak belirlenmiştir. Obezitenin en az görüldüğü bölgeler ise sırasıyla, Güneydoğu Anadolu (%3,4), Doğu Karadeniz (%3,6) ve Kuzeydoğu Anadolu (%4,1) bölgeleridir. Fazla kiloluluk 6-18 yaş grubunda tüm bölgelerde %8,8 (Ege) ile %24,6 (İstanbul) arasında bir dağılım göstermekte ve bölgesel olarak dikkate alınması gereken bir sorun olarak dikkati çekmektedir (SB ve HÜ 2014). TÜİK 2012 yılında gençlerin BKİ'ye göre %14,8'ini fazla kilolu ve %3,8'ini obez olarak raporlandırmıştır (TÜİK 2013).

Bölgesel olarak yapılan diğer çalışmalar ele alındığında, Türkiye ve Yunanistan ortak çalışmasının Türkiye ayağında Kayseri'de 6-10 yaş grubunda 1032, 11-17 yaş grubunda 2671 olmak üzere toplam 3703 çocukta yürütülen çalışmada çocukların %10,6'sının fazla kilolu ($BKİ \geq 85 - < 95$. yüzdeler) ve %1,6'sının obez ($BKİ \geq 95$) olduğu saptanmıştır (Krassas ve ark 2004). İstanbul, Ankara ve İzmir illerinin kentsel bölgelerinde yaşayan 12-13 yaş grubunda 1044 ergen üzerinde yapılan bir çalışmada çocukların %12'si zayıf, %12'si fazla kilolu ve %2'si obez olarak saptanmıştır (Sur ve ark 2005). Muğla'da fazla kiloluluk ve obezite sıklığının araştırıldığı bir çalışmada 6-15 yaş arasında 4260 birey değerlendirilmiş ve kızların %7,6'sının, erkeklerin %9,1'inin obez olduğu saptanmıştır. Bu yaş grubunda obezite ve televizyon izlerken bir şeyler atıştırma, annenin yaşı ve annenin çalışması, aile geliri arasında ilişki olduğu ortaya koyulmuştur (Süzek ve ark 2005).

1.2.2. Obezite Oluşumunu Etkileyen Faktörler

Epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde yaş, cinsiyet ve biyolojik faktörlere ek olarak eğitim düzeyi, medeni durum ve beslenme alışkanlıkları gibi çevresel faktörlerin ve ayrıca sigara ve alkol tüketimi ile fiziksel aktivite azlığı gibi yaşam biçimi faktörlerinin de obezite için risk oluşturduğu görülmektedir. Bu faktörler arasında, aşırı ve yanlış beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği en önemli nedenler olarak kabul edilmektedir. Ayrıca genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, sosyokültürel ve psikolojik pek çok

faktörün birbiriyle ilişkisinin de obeziteye sebep olduğu elde edilen bilgiler arasındadır. Hem Türkiye’de hem de dünyada özellikle çocukluk çağındaki obezite oranındaki artışın sadece genetik faktörlerle açıklanamayacağı düşünülmekte ve obezitenin oluşumunda çevresel faktörlerin rolünün ön planda olduğu kabul edilmektedir (SB-Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [THSK] 2013). Özellikle genetik yatkınlığa sahip olan bireylerde devam eden çok yönlü çevresel etmenler şişmanlığın oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Çocuk ve ergenlerde görülen obezitenin %1’inden azının tamamen genetik temelli olduğu ortaya koyulmuştur (Köksal ve Özel 2008).

Obezitenin oluşmasında başlıca risk faktörleri, Sağlık Bakanlığı-Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından şu şekilde sıralanmıştır; aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları, yetersiz fiziksel aktivite, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyokültürel etmenler, gelir durumu, hormonal ve metabolik etmenler, genetik etmenler, psikolojik problemler, sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulama, sigara-alkol kullanma durumu, kullanılan bazı ilaçlar (antidepresanlar vb.), doğum sayısı ve doğumlar arası süre. Yaşamın ilk yıllarındaki beslenme şeklinin de obezite gelişmesine etki edebileceği öne sürülmüştür. Yapılan çalışmalarda anne sütü ile beslenen çocuklarda obezite sıklığının anne sütü ile beslenmeyen çocuklara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (SB-THSK s.41).

Çocuk ve ergenlerde görülen obezitenin daha çok yanlış beslenme alışkanlıkları, fazla yeme, aktivite azlığı, ailede obez birey bulunması, tıbbi hastalık, ilaçlar, aileden ayrılma ya da anne-babanın boşanması gibi stresli yaşam olayları, aile ve akran sorunları, depresyon ya da diğer ruhsal sorunlarla ilişkili olduğu belirtilmiştir (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP] 2011).

1.2.2.1. Genetik

Kalıtım, obezitenin önemli bileşenlerinden biri olduğundan pek çok çalışma bu konuya odaklanmıştır. Araştırmalar, şişmanlıkla ilgili kırktan fazla genin olabileceğini bildirmiştir. Yapılan çalışmalarda obezitenin aile içerisinde kuşaktan kuşağa yayıldığı ortaya koyulmuştur. Sorensen ve arkadaşları (1989)’nın evlatlık alınan çocuklar üzerinde yaptıkları çalışmalarında bu çocuklar, biyolojik olan ve olmayan kardeşleriyle kıyaslanmıştır. Evlatlık alınan çocukların kilo artışları sonucunda biyolojik kardeşlerin BKİ’lerinin de anlamlı oranda arttığı gözlenirken, biyolojik olmayan kardeşlerin BKİ’leri sabit kalmış ya da çok az artış gözlenmiştir. Mo-suwan ve Geater (1996), ailede obezite

öyküsünün varlığının obezite riskini 3,14 kat arttırdığını ortaya koymuşlardır. Öncü (2009) ise, ailede obezitenin çok önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koyan çalışmasında, kontrol grubu hastalarının ailelerinde obezite saptamamış ancak obez hastaların % 85,7'sinin ailesinde obezite saptamıştır. Bu konuda ülkemizde yapılan bir başka çalışmada, fazla kilolu veya obez olduğu tespit edilen 217 öğrenci ile kontrol grubu olarak alınan 217 öğrenci, şişmanlığa neden olabilecek çeşitli risk faktörleri bakımından incelenmiştir. Obez çocukların ebeveynlerinin BKİ ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Öztürk ve Aktürk 2011). İkizler üzerinde yapılan çalışmalara göre obezite, genetik faktörlerden etkilenmekte ve kalıtsallık oranı %50 olarak tahmin edilmektedir. Obezite ve genetik ilişkisinin incelendiği Londra'da yapılan bir araştırmaya 8-11 yaşları arasında 2269 çocuk katılmıştır. Araştırmacılar, genetik olarak benzer yapıda olan çocukların vücut ağırlıkları açısından da benzer olup olmadıklarını araştırmışlar ve sonucunda çocukların vücut ağırlıklarının belirlenmesinde genlerin önemli rollerinin olduğunu bulmuşlardır. Ancak günümüzde, bu konuyla ilişkili sadece %2 oranında genin bulunduğunu ve keşfedilmesi gereken yüzlerce genetik değişken olduğunu ifade etmişlerdir. Bu çalışma, çocukluk çağı obezitesinde genetik faktörlerin önemini altını çizmekte ve obez ailelerin çocuklarının da obez olma riskinin yüksek olduğu düşüncesini desteklemektedir (University College London [UCL] 2013).

1.2.2.2. Yaş

Obezite her yaşta görülebilmektedir. Obezitenin gelişiminde özellikle önemli olan üç dönem; doğum öncesi, beş-yedi yaş ve ergenliktir. Ergenlik, kalıcı yağlanmanın olduğu son kritik evredir. Elde edilen birçok araştırmanın sonuçlarına göre çocukluk çağında başlayan şişmanlık, erişkin yaşlarda da devam etmektedir. Yapılan bir çalışmada okul öncesi yaşlarda şişman olan çocukların %26-41'inin, okul çağındaki şişman olan çocukların ise %42-63'ünün erişkin yaşta şişman kalmaya devam ettiği gösterilmiştir (Köksal ve Özel 2008). Öncü (2009) tarafından yapılan bir çalışmada obez çocukların 1/3'ü, obez ergenlerin ise %80'i erişkin yaşa ulaştıklarında da obez kaldığı belirtilmiştir. Diğer yandan erişkin yaşlarda görülen obezite vakalarının %30 kadarında başlangıcın çocukluk çağlarına dayandığı bilinmektedir. Yaşla birlikte yavaşlayan bazal metabolizma hızı sonucunda harcanan enerjinin de azaldığı bilinmektedir. Bu durum enerji alımıyla dengelenmediğinde yaş artıkcı vücut ağırlığında da artış görülebilir. Bursa'da 528 kişiyle

sürdürülen çalışmada, kadınlarda yaş arttıkça obezite sıklığının da arttığı bulunmuştur (Özyardımcı-Ersoy 2012).

1.2.2.3. Cinsiyet

Fazla kiloluluk ve obezite her iki cinsiyette de görülebilmektedir. Amerika'da çocuklarda obezite sıklığı kızlarda %13,7 iken erkeklerde %11,7 olduğu belirtilmiştir (Cinaz ve Bideci'den akt; Parlak ve Çetinkaya 2007). Yapılan çalışmalarda, kadınlarda obezite sıklığının özellikle ilerleyen yaşlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu gösterilmektedir (Akbulut ve ark 2007). Özyardımcı-Ersoy (2012)'un Bursa'da yürüttüğü çalışmasında obezite sıklığı kadınlarda %25,8, erkeklerde %14,9 bulunmuştur. TÜİK, 2012 yılında yaptığı araştırmanın sonuçlarında, kadınlardaki obezite oranının erkeklerden daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ancak fazla kiloluluk oranının erkeklerde daha fazla olduğu saptanmıştır. Kadınların %20,9'unun obez ve %30,4'ünün fazla kilolu olduğu görülmekteyken, erkeklerde ise bu oranların sırasıyla, %13,7 ve %39,0 olduğu gözlenmiştir (TÜİK 2013).

1.2.2.4. Sosyo-ekonomik düzey

Ülkemiz beslenme durumu açısından hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünümündedir. Türkiye'de ortalama besin tüketim düzeyine bakıldığında nüfusun yeterli beslendiği izlenimi oluşmaktadır. Ancak çok önemli besin sorunları bulunmaktadır. Bunun temel nedenlerinden biri sosyoekonomik eşitsizlikler olarak düşünülebilir. Sosyoekonomik düzey açısından alt gruplarda olan bireyler, açlığını giderebilecek düzeyde bile besin bulamazken, üst gruptaki bireylerin gereğinin çok üstünde besin tükettikleri söylenebilir. Bu durumun sonucunda toplumda bir yandan açlık ve dengesiz beslenme, diğer yandan aşırı beslenme sonucu fazla kiloluluk, obezite ve farklı sağlık sorunları görülmektedir (Baysal 2003). Araştırmalar incelendiğinde de sosyoekonomik düzey ve obezite arasında değişken sonuçlar bulunmuştur. Tayland'da yapılan bir çalışmada ekonomik düzey göstergesi olarak aile geliri temel alınmış ve orta ve daha yüksek gelirli olan çocuklarında obezite riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Mo-suwan ve Geater 1996). İngiltere, İsveç, Danimarka ve İtalya'da obezite ile sosyoekonomik durum arasında bir ilişki saptanmamışken; Fransa, Hollanda ve Belçika'da ters bir orantının varlığı görülmüştür (Öncü 2009).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, sosyoekonomik düzey ve obezite sıklığı arasında pozitif bir ilişki olduğu öne sürülmektedir. Konya’da 163 öğrencinin katılımıyla yapılan çalışmada sosyoekonomik durumu yüksek öğrencilerin sosyoekonomik düzeyi düşük olan öğrencilere göre vücut ağırlıklarının ve boy uzunluklarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Tuncer 2007). Öncü (2009)’nün çalışmasında da orta ve daha yüksek gelirli çocuklarında obezite riskini daha yüksek olarak bulunmuştur. Araştırmacı bu durumun, orta ve daha yüksek gelirli ailelerin çocuklarının okula yürümek yerine servisle gitmelerinden, daha fazla harçlık alıyor olabileceklerinden ve okulda fastfood yemek yediklerinden kaynaklanıyor olabileceğini düşünmüştür. Ankara’da alt sosyoekonomik durumda olan 7-14 yaşlarında 891 kişinin katıldığı bir çalışmada diğer çalışmalarla kıyaslandığında şişmanlık oranları açısından oldukça düşük sonuçlar elde edilmiş ve alt sosyoekonomik düzeyde obezitenin önemli bir sorun olmadığı kanısına varılmıştır (Atamtürk 2009). Öztürk ve Aktürk (2011) tarafından yapılan çalışmada fazla kiloluluk ve obezite, sosyoekonomik yönden iyi olarak sınıflandırılan okullardaki öğrencilerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

1.2.2.5. Beslenme alışkanlıkları

Şişmanlıkta en önemli faktörlerden birisi fazla yeme davranışıdır. Yeni yağ hücrelerinin oluşum hızı, yaşamın ilk birkaç yılında çok fazla olduğu için çocuklukta yanlış ve dengesiz beslenme alışkanlıkları sonucu şişmanlık ortaya çıkma riski yüksek olarak belirlenmiştir. Yağ depolanması hızlandıkça yağ hücrelerinin sayısı da artacaktır. Ergenlikten sonraya bakıldığında ise yağ hücre sayısının yaşam boyu neredeyse aynı kaldığı bilinmektedir. Bu nedenle çocukların aşırı ve yanlış beslenmesinin, yaşam boyu şişmanlığa sebep olacağı bildirilmektedir (Peker ve ark 2000).

Ülkemizde halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyoekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre farklılıklar göstermektedir. Beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde, gelir dağılımındaki dengesizlik etkili olmaktadır. Ayrıca beslenme konusundaki bilgisizlik de beslenme sorunlarının boyutlarının büyümesine yol açmaktadır (Pekcan 2008). Son yıllarda ülkemizde, özellikle kentsel bölgelerde çocuk ve gençler arasında sıklıkla tercih edilen beslenme şeklinin ayaküstü beslenme (fast-food) olduğu görülmektedir. Ayaküstü beslenmenin enerjisi yüksek, doymuş yağ asitleri ve tuz içeriği zengindir. Posa içeriği, A ve C vitaminleri ve kalsiyum yönünden ise oldukça yetersiz olup, sıklıkla yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden

olmakta, obezite, kalp-damar hastalıkları, diyabet gibi kronik hastalıkların oluşma riskini artırmaktadır (SB ve HÜ 2002).

1.2.2.6. Fiziksel aktivite

Teknolojik gelişmeler sonucunda makineler, insanların yapabileceği işleri yapmaya başlamış ve böylelikle insanların günlük fiziksel hareketleri kısıtlanmıştır. Ayrıca gün geçtikçe fizik gücünden çok beyin gücüne dayanan işlerin artmasıyla birlikte insanların hareket alanları da azalmaya başlamıştır. Bireylerin içinde buldukları hareketsiz bir yaşantı ve harcadıklarından çok aldıkları enerji, vücut yağ kitlesinde artışa ve dolayısıyla da obeziteye yol açmaktadır. Oysa fiziksel aktivite; vücudu hastalıklara karşı koruma, alınan fazla enerjinin doğal bir şekilde harcanıp obezitenin önlenmesi, yağlanma ve yağlanmanın getirdiği organik gerilemenin yavaşlatılması, solunum ve dolaşım sistemlerinin üstün kapasiteye ulaşması ve bu kapasitenin korunması, koroner damar hastalıklarının getirdikleri ölüm olaylarının önlenmesi ve koruyucu etkinin artırılması, yalnızlıktan ve duruş bozukluklarından kurtulma gibi birçok alanda insanlara fazlasıyla yarar sağlamaktadır (Özer 2001). Oturarak işlerini sürdüren memur kitlesinde şişmanlık daha sık görülürken, bedenlerini kullanarak bir işte çalışan kimselerde şişmanlığa çok az rastlanmaktadır. Yemek miktarının her iki grupta da çok fazla farklılaşmadığı göz önünde bulundurulduğunda, bu durum, fiziksel aktivitenin vücut ağırlığı üzerine etkisini açıkça ortaya koymaktadır (Baysal 2012).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" çalışmasında 7 coğrafik bölgeden seçilen 7 il seçilmiş ve bu illerde yaşayan 30 yaş üstü 15.468 birey çalışmaya katılmıştır. Bu çalışmada bireylerin fiziksel aktivite alışkanlığı sorgulanmış ve sadece %3,5'inin düzenli, yani haftada en az 3 gün ve 30 dakika orta şiddette fiziksel aktivite yaptıkları belirlenmiştir (SB-Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2004). Okul çağı çocuklarında büyüme ve obezite durumunun saptanması amacıyla Yabancı (2004) tarafından Ankara'da yürütülen bir çalışmada çocukların fiziksel aktivite alışkanlıkları ve aktivite düzeyleri de değerlendirilmiştir. 7-14 yaş grubu 469 (211 erkek ve 258 kız) çocuğun %22'sinin düzenli olarak spor yapmadığı, %43'ünün sokakta oynadığı, bilgisayar kullanma sürelerinin ise günde 1.28 saat olduğu raporlanmıştır. Çocukların fiziksel aktivite düzeyleri özel bir sınıflandırma sistemiyle ele alınmış ve sonucunda hafta içinde çocukların %73'ü, hafta sonunda ise %61'inin hareketsiz bir yaşam sürdürdükleri saptanmıştır (akt; SB ve HÜ 2014). 18 yaş üstü 11.481 kişinin katıldığı

Ulusal Hanehalkı Araştırması incelendiğinde ise ülkemizde bireylerin %20.32'sinin hareketsiz yaşadığı, %15.99'unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır (SB-Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü 2006). Araştırmaya 12 yaş ve üzeri bireylerin katıldığı TBSA 2010 sonuçlarına göre bu yaş grubundaki kişilerin %71,9'u hareketsiz yaşamakta, %9,1'i ise yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yapmaktadır. Coğrafi bölgelerde egzersiz yapmayanların oranlarına bakıldığında, düşük oranlar Ege (%42,8), Akdeniz (%49,2), Doğu Marmara (%48,9) bölgelerinde görülürken; Ortadoğu Anadolu (%75,3) ve Güneydoğu Anadolu (%75,2) bölgelerinin yüksek oranlara sahip olduğu saptanmıştır (SB ve HÜ 2014).

Vanhala ve ark (2009), 7 yaşındaki 855 çocuk üzerinde fazla kiloluluk ve obezitenin risk faktörlerini araştırdıkları çalışmalarında düşük fiziksel aktivite düzeyinin obeziteyi yordayan etmenlerden biri olduğunu ortaya koymuşlardır.

Televizyon seyretmek ile obezite arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Bu ilişki, televizyon izleyen bireylerin hareketsiz bir yaşam sürmesi, televizyon izlerken atıştırma davranışları yemesi ve televizyondaki gıda reklamlarının etkisinde kalmasından kaynaklanıyor olabilir. Çifçili ve arkadaşları (2003), televizyon izleme ve obezitenin ilişkisine baktıkları çalışmalarında bir ilköğretim okulunda öğrenim görmekte olan 7-9 yaşları arasındaki 219 çocuğu incelemiş ve günde iki saatten fazla televizyon izleyen çocukların beden kitle indeksi ve triceps cilt kıvrım kalınlığı ortalamalarının diğer olgulara oranla daha fazla olduğunu saptamışlardır. Hancox ve Poulton (2006)'un 3-15 yaş grubundaki çocuklar üzerinde boylamsal olarak yaptıkları çalışmada da televizyon izleme süresi ve fazla kiloluluk arasında bütün yaş gruplarında ilişki bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise yatak odasında televizyon bulunan 12 yaş üstü ergenlerde fazla kiloluluk oranını %44 olarak saptanmıştır (Sisson ve ark 2010).

Düşük düzeyde fiziksel aktivite, obezitenin sonucu olarak da düşünülebilir. Fiziksel olarak aktif olmayan bir yaşam sürdürenler ya da hareketsiz hale gelenler, genellikle aktif kişilere göre daha obezdır. Hareketsizlik, obezitenin nedenlerinden biri olarak düşünülmekte, obezite ise hareket eksikliğine yol açarak kısır bir döngü oluşturmaktadır (Durukan'dan akt; Parlak ve Çetinkaya 2007).

1.2.3. Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları

Hipokrat, milattan önce 410 yılında “Ani ölüm şişmanlarda zayıflara göre daha sık görülür” diyerek obezitenin olumsuz etkilerini yüzyıllar önce görebilmiştir. Günümüzde, yetersiz beslenmeyle karşılaştırıldığında aşırı yeme sonucu ortaya çıkan ölümlerin daha fazla olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır. Bu durum, dünyamızda milyonlarca insanın açlıktan öldüğü göz önünde bulundurulduğunda, önemli bir tezat bilgi olarak gün yüzüne çıkmaktadır (Serter 2003).

DSÖ’ye göre fazla kiloluluk ve obezite, küresel ölüm riskleri sıralamasında beşinci sırada olarak belirlenmiştir. Her yıl en az 2,8 milyon yetişkin, fazla kilolu ve obez olma neticesinde hayatını kaybetmektedir. Dünya genelinde ele alındığında fazla kiloluluk ve obezitenin zayıflığa göre ölümle daha ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (WHO 2013). Obezite ve ölüm oranı arasındaki ilişkiyi gösteren en büyük çalışma, Avrupa ve Kuzey Amerika’da yaşayan 1 milyona yakın yetişkin bireyin katılımıyla gerçekleşmiştir. Bu çalışmadan BKİ 25 kg/m^2 ’den fazla olanlarda BKİ’deki artışa paralel olarak ölüm oranının da arttığı sonucu çıkmıştır. BKİ’si 30-35 arası olanların ortalama yaşam süresi normal ağırlığı olanlara göre 2-4 yıl arası kısılırken; bu fark BKİ’si 40-45 arası olanlarda 8-10 yıla kadar çıkmaktadır (Whitlock ve ark 2009).

Obezite, vücut sistemleri (endokrin sistem, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, deri, genitouriner sistem, kasiskelet sistemi) ve psikososyal durum üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu etkiler de pek çok sağlık sorunlarına neden olmaktadır (James ve ark 2004). Ayrıntılı olarak sıralandığında obezitenin yol açtığı sağlık sorunları şu şekildedir: insülin direnci, tip 2 diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, hiperlipidemi, metabolik sendrom, safra kesesi hastalıkları, bazı kanser türleri (kadınlarda safra kesesi, endometriyum, yumurtalık ve meme kanserleri, erkeklerde ise kolon ve prostat kanserleri), osteoartrit, felç, uyku apnesi, karaciğer yağlanması, astım, solunum zorluğu, gebelik komplikasyonları, menstruasyon düzensizlikleri, aşırı kılınma, ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyon riskinin artması, ruhsal sorunlar: (anoreksiya nevroza, bulimia nevroza, tıkınırcasına yeme, gece yeme sendromu veya bir şeyi daha fazla yiyerek psikolojik doyum sağlamaya çalışma, toplumsal uyumsuzluklar, özellikle sık aralıklarla ağırlık kaybetme ve kazanma sonucunda deri altı yağ dokusunun fazla olması nedeniyle deri enfeksiyonları, kasıklarda ve ayaklarda mantar enfeksiyonları, kas-iskelet sistemi problemleri (SB-THSK s.42).

Çocukluk çağında görülen obezite; yetişkinlikte obez olmanın, erken ölüm ve yeti yitimi riskini artırmaktadır. Freedman ve arkadaşları (2005)'nin boylamsal olarak yürüttükleri Bogalusa Kalp Çalışması, 8 yaşından önce fazla kilolu olan çocukların, yetişkin yaşlarda obezite riskinin belirgin olarak arttığını ortaya koymuştur. Ayrıca fazla kilolu çocuklar kronik hastalığın erken belirtilerini, hastalığın sonuçlarını şiddetlendiren bir problem olduğunun farkında olmadan taşıyabilirler. Bu durumda çocuklar ve aileleri ilerideki hastalık riskini azaltacak önlemleri almanın gerekliliğinin farkında olmayabilirler. (Lobstein 2010).

Fazla kilolu ve obez kimselerde kalp damar hastalığı ve hipertansiyon hastalıklarının görülmesi sıklığı artmaktadır. Sur ve arkadaşlarının (2005) yürüttükleri çalışmada, 12-13 yaşındaki fazla kilolu kız ve erkeklerin kalp ve damar sağlıkları düzeylerinin normal kilolu yaşlılarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada kardiyovasküler hastalıkların vücut kitle indeksi 21 olanlara göre, 25 ile 28,9 olanlarda iki kat, 29'dan fazla olanlarda 3,6 kat arttığı bulunmuştur (SB-THSK t.y.). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan orta yaşlı erkeklerin katıldığı bir çalışmada, normal ağırlığa sahip olanlarda hipertansiyon sıklığı %14-22 arasında bulunmuştur. Normal ağırlığın %15 ve daha üstünde olan kimselerde ise bu oranın %35-47 arasında değiştiği görülmüştür (Lobstein 2010).

Obezitenin solunum sistemi üzerinde de sorunlara sebep olduğu bilinmektedir. Fazla kiloluluk ve obezite sonucu göğüs duvarında ve karında biriken aşırı yağ, solunum hareketlerini kısıtlayabilir. Ayrıca obezitenin akciğerler üzerinde biçimsel değişikliklere sebep olması söz konusudur. Obez fareler üzerinde yapılan deneylerde farelerin akciğerlerinde hücresel değişiklikler saptanmıştır (Hamulu 1999).

Estetik açıdan değerlendirildiğinde obezite bireylerde psikolojik bozukluklar ve toplumsal uyumsuzluklara sebep olabilir. Obezite solunum için mekanik bir yük oluşturmakta ve solunumu zorlaştırmaktadır. Ayrıca obezitenin ileri düzeyde olduğu kimselerde karbondioksit artar ve bu durum bireyi uykuya yatkın hale getirir. Fazla kilolu ve obezlerde iskelet ve kaslar, taşınması gerekenden daha fazla bir yük altında kalırlar ve oldukça zorlanırlar. Bu durum sonucunda düztabanlık ve diz ve kalçada sorun oluşma riski artar. Tip 2 diyabetin ortaya çıkmasındaki en önemli nedenin şişmanlık olduğu belirtilmektedir. Ayrıca intihar girişimlerinin de şişmanlıkta sıklığı öne sürülmektedir (Yılmaz 1999).

1.2.4. Obeziteden Korunma

Fazla kiloluluk ve obezite, diğer birçok rahatsızlık gibi büyük oranda önlenmektedir. İnsanların seçimlerini şekillendirmekte, yemek tercihlerinin daha sağlıklı olmasını sağlamakta ve düzenli aktivite yapmasında ve böylelikle obezitenin önlenmesinde destekleyici çevre ve kuruluşların önemi çok büyüktür.

Öncü (2009)'ye göre obezite gelişmesinde rol oynayan etmenlerden en önemlisi hatalı beslenmedir. Hatalı beslenme; yüksek kalorili gıdaların alınması, hazır yemek, hızlı yemek, çok sık ya da çok seyrek yemek, gece yatmadan önce yemek durumlarında oluşabilir. Obez olan çocukların beslenme hikayelerine bakıldığında bol miktarda şeker, şekerli gıda, yağlı gıda ve hazır gıda tükettikleri görülmektedir. Hatalı beslenmenin düzenlenmesi, yemek içeriğinin ve yemek yeme biçiminin düzeltilmesini gerektirmektedir. Yemek içeriğinin düzenlenmesi demek şişmanlatıcı gıdaların, karbonhidrat ve yağdan zengin gıdaların kısıtlanması, hazır yemeklerin yenmemesi, yemek aralarında kalori bakımından zengin "abur cubur" yiyeceklerin atıştırılmasının önlenmesi, taze meyve, sebze ve kuru baklagiller gibi posalı yiyeceklerin alınmasının desteklenmesi anlamına gelmektedir. Yemek yeme biçiminin düzeltilmesi ise hızlı yemek yemenin sık ve seyrek yemenin terk edilmesi ve gece yatmadan önce kalori bakımından yüksek yiyeceklerin alınmaması anlamına gelir. Büyüme evresinde olan çocukların çok kısıtlı bir diyet almaları büyümelerini duraklatabilir. Verilecek besinlerin normal büyümeyi sağlayacak, yeterli kalori ve gerekli besinleri içeren, protein, kalori ve yağ içeriği bakımından dengeli olmaları gereklidir.

Çocukluk çağı obezitesinin önlenmesi için en önemli unsurlardan birisi ailedir. Çocukların birçok şeyi ailelerinden model alarak öğrendiği düşünüldüğünde, ailenin her şeyden önce çocuğa iyi bir model oluşturması gerekmektedir. Bu yüzden çocuğun yapmaması istenen davranışlardan ebeveynlerin de uzak durması, doğru bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir (Öztor 2005).

Obezitenin önlenmesi için aktivitenin düzenlenmesi de önemli gereksinimlerden birisidir. Televizyon ve bilgisayar karşısında geçirilen zamanın günde iki saat ile sınırlanması ve spor becerileri geliştiren planlı aktivitelerde yer alması önerilmektedir. Egzersizin süreklilik kazanması, şekil ve miktarından daha önemlidir. Sağlıklı yaşam tarzı benimsenmesi sonucu obezitede başarıya ulaşılabilmektedir. Çalışmalarda diyet ve

egzersiz kombinasyonunun yalnızca diyet yapma ile karşılaştırıldığında daha fazla kilo kaybı sağladığı gözlenmiştir. Özet olarak obezite; yaşa uygun kalorili günlük diyetin uygulanması, tüketilen yiyeceklerin düzenli bir biçimde kaydedilmesi, haftalık kilo izlemi, yemekleri evde yemek ve bu sırada televizyon veya kitap okuma gibi dikkati başka yöne çeken uyaranların bulunmaması, yemekler arası atıştırmanın kaldırılması, üç ana üç ara öğün alınması ve günlük aktivitenin düzenlenmesi gibi tedbirler alınarak önlenebilir (Lee ve ark'dan akt; Öncü 2009).

1.3. Ergenlerde Depresyon

Birçok insan kendini kötü hissetme, moral bozukluğu, keyifsizlik ya da umutsuzluk gibi günlük hayatında hissettiği duygular ya da aklından geçen düşünceler sebebiyle depresyonda olduğunu dile getirmektedir. Depresyona bu şekilde yani *semptom* olarak bakıldığında oldukça yaygın olduğu söylenebilir. *Sendrom* olarak depresyon, kümelenmiş bir semptom grubunu ve bu semptomların aynı anda görüldüğünü ifade etmektedir. Depresyon bir *bozukluk* olarak ele alındığında, yani bir diğer ismiyle klinik depresyon ise bahsedilen semptomların şiddetli düzeyde varlığını ifade etmekle birlikte özel bir etiyojisi, gidişatı ve sonuçları olduğu anlamını taşımaktadır (Petersen ve ark 1993). DSÖ'nün tanımıyla depresyon; süregiden üzüntü, ilgi ve keyif kaybı, suçluluk ve değersizlik duyguları, bozulmuş uyku ve iştah, yorgunluk hisleri ve zayıf konsantrasyon ile karakterize; ev, iş ya da okulda işlevselliğin bozulmasına sebep olan yaygın ruhsal bir bozukluktur (WHO 2014).

Gelişimsel faktörler majör depresif bozukluğun klinikteki görünümünü etkilemesine rağmen; depresyonun temel özellikleri çocuklarda, ergenlerde ve yetişkinlerde benzerlik göstermektedir. DSM-IV-TR (2001)'ye göre depresyon semptomları depresif duygudurum, ilgi kaybı, kilo kaybı, uykusuzluk, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı, değersizlik ya da uygun olmayan suçluluk duyguları, konsantrasyonda zorluk, kararsızlık, yineleyen ölüm düşünceleri olarak belirtilmiştir. Bunlara ek olarak depresif bozuklukları olan ergenler sıklıkla irritabilite, aile ve arkadaşlardan uzaklaşma ve akademik başarıda düşüş gösterirler (Sadock ve Sadock 2008). Özellikle ergenler içinde buldukları dönemin özelliklerini daha hızlı ve şiddetli yaşayabilirler. Duygu, düşünce ve ilişkilerinde belirgin ve ani değişiklikler olabilir. Algılama ve yargılamaları abartılı, kararları daha ani, davranışları ise dürtüsel olabilir. Çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan depresyon, bilişsel ve sosyal

gelişimi olumsuz yönde etkilemekte ve bireylerin işlevselliklerini bozmaktadır (Şenol 2005).

Majör depresif bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerde belirti dağılımının karşılaştırıldığı bir çalışmada ergenlerde umutsuzluk, değersizlik, ilgi kaybı, anhedoni, sosyal içe çekilme, yorgunluk, özkıyım düşüncesi ve girişiminin daha sık ve şiddetli olduğu saptanmıştır. Çocuklarda ise ayrılık kaygısının daha sık ve şiddetli görüldüğü belirtilmiştir. Bedensel yakınmalar, ağlama ve uyku bozukluklarına kızlarda daha sık rastlanmıştır. Ayrıca iştahsızlık ve özkıyım girişimlerinin, kız ergenlerde erkek ergenlere kıyasla daha sık olduğu bulunmuştur (Erdoğan ve ark'dan akt; Tamar ve Öztürk 2012).

Kullanılan tanı kriterleri ve farklı değerlendirme araçlarına bağlı olarak depresyonun görülme sıklığı değişkenlik göstermektedir. DSÖ verilerine göre dünya çapında her yaştan 350 milyondan fazla kişinin depresyondan etkilendiği tahmin edilmektedir (WHO 2012). Klinik düzeydeki depresyonu araştıran kesitsel bir çalışmada, depresyon oranlarının çocuklarda genellikle daha düşük olmakla birlikte, ergenlerde bu oranın arttığını göstermektedir (Cohen ve ark, 1993). Yaşam boyu görülme sıklığına bakıldığında Reinhertz ve arkadaşları (1993)'nın geniş ölçekli boylamsal çalışmalarında bireylerin 18 yaşına gelene kadar depresyon geçirip geçirmediği araştırılmış ve katılımcıların %9'undan fazlasının, bu süre zarfında depresyon geçirdikleri saptanmıştır (akt; Wenar ve Kerig 2005). Costello ve arkadaşları (1996), Amerika'da 9-11-13 yaşındaki çocuklarla yaptıkları çalışmalarında majör depresyon yaygınlığını %3, distimi yaygınlığını %13 ve başka türlü adlandırılmayan depresyon sınıflandırmasındaki tiplerin görülme sıklığını %1,45 olarak belirlemiştir (akt; Wenar ve Kerig 2005). Kessler ve Walters (1998)'in çalışmasında ergenler arasındaki yaşam boyu majör depresyon görülme sıklığı %14 bulunmuştur. Kessler ve arkadaşları (2001)'nin gözden geçirme çalışmalarında majör depresyonun ergenler arasında oldukça yaygın olduğu, ergenlik bitimine kadar değerlendirilen yaşam boyu görülme sıklığının %25 olduğu bildirilmiştir. Ayrıca ergenlerin öz bildirimine dayalı olarak depresif belirtileri değerlendiren kesitsel çalışmalar ise, klinik açıdan anlamlı olmayan depresif belirtilerin ergenlerdeki sıklığının %20-50 arasında olduğunu göstermiştir.

Türkiye'de yapılan çalışmalardan birinde Toros ve arkadaşları (2004), 10-20 yaşları arasındaki depresyon yaygınlığını %12,5 olarak belirlemiştir (akt; Tamar ve Öztürk 2012). Ertem ve Yazıcı (2006) tarafından yapılan çalışmada ergenlik döneminde deneyimlenen

psiko-sosyal sorunların ve lise öğrencileri arasında depresyon yaygınlığının belirlenmesi amaçlanmıştır. 1342 lise 2. sınıf öğrencisi ile yapılan çalışmada, kız öğrenciler arasında ağır depresyon görülme oranı %9,6, erkek öğrenciler arasında %5,4 olarak saptanmıştır. Eskin ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada, 805 lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili etmenleri araştırılmıştır. Depresyon ölçeğinden kesme puanının üstünde puan olan öğrencilerin oranı %17,5 olarak saptanmıştır. Ayrıca depresyonun liseli ergenler arasında yaygın olabileceği, düşük özsaygı, zayıf sosyal destek ve yetersiz sorun çözme becerisinin ergenlik dönemi depresyonu için risk etmenleri olduğu belirlenmiştir. TÜİK (2013) verilerine göre gençlerin %69,6'sı, 2011 yılında mutlu olduğunu beyan ederken, bu oran 2012 yılında %64,6 olmuştur. 2011 yılında gençlerin %5,4'ü mutsuz olduğunu beyan ederken, 2012 yılında bu oran %9,4'e yükselmiştir.

Depresyon oranının ergenlik dönemindeki artışında, bu gelişimsel dönemdeki duygusal ve bilişsel faktörler rol oynuyor olabilir. Duygusal olarak bakıldığında ergenler bu yaşlarda yoğun üzüntü hislerini yaşayabilme ve bunu sürdürebilme yeteneğine sahip hale gelirler. Bilişsel olarak ise kendileri ve içinde buldukları durumlar hakkında genellemeler yapma açısından düşünebilmeye ve negatif beklentilerini geleceğe yansıtmaya başlarlar. Kendi benliklerini bilinçli olarak değerlendirir ve yeteneksiz ve değersiz oldukları kararına varabilirler (Wenar ve Kerig 2005). Ayrıca bu dönemde sosyal anlamda ergenden beklentiler artar ve bu beklentiler doğrultusunda ergen bazı sorumluluklar yüklenmek durumunda kalabilir. Ortaya çıkan bu değişiklikler sebebiyle ergen, hem kendi hem de çevresiyle ilgili yeni bilişsel bütünlükler kurmaya çalışır. Bu aşamada her ergen aynı başarıyı gösteremeyebilir ve sonucunda birtakım ruhsal problemler ortaya çıkabilir (Eskin 2000). Ergenlik süresince benliğin temel görevi, ruhsal dengenin yeniden yapılanmasını sağlamaktır. Bu sayede bireyleşmiş ve özerk bir kimlik ve bütünleşmiş bir kişilik yapılanması oluşur. Bu yeniden yapılandırma sürecinde, bireyin dengesi kısmen bozulur ve sonuçta ortaya öngörülemez ve kontrol edilemez duygudurum dalgalanmaları çıkar (Tamar ve Öztürk 2012).

Ergenlikte aile içindeki sorunlu ilişki örüntüleri ve çatışmalar, depresyonun öncüllerinden sayılmaktadır. Kaslow ve arkadaşları (1994)'nin çalışmasında depresif çocukların, ailelerini daha çok çelişkili, negatif, kontrolcü ve daha az uyumlu ve destekleyici olarak tanımladıkları belirtilmiştir (akt; Wenar ve Kerig 2005). Duygusal olarak itici bir aile ortamında yaşamak, çocuk ve ergenlerin depresyon geliştirmelerine

sebebe olabilmektedir (Sheeber ve ark 1997). Ertem ve Yazıcı (2006) tarafından yapılan çalışmada baskıcı tutum sergileyen aileleri olan çocuklarda ağır depresyon oranı %16,1 iken, özgür demokratik tutum sergileyen ailelerde bu oran %0,1 olarak belirlenmiştir. Anne ve babanın yol gösterici, kabul edici, gerektiğinde sınırlayıcı bir tutum içinde olması ergenin karşılaştığı yeni durumlarla başetmesini kolaylaştırırken; aile içi iletişimdeki bozukluklar, aşırı kontrol edici ya da reddedici ana-baba tutumları ergenin uyumunu zorlaştırarak depresyonun ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Şireli 2012). Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar ergenlik döneminde ergen ve ebeveyn ilişkisinin depresyon üzerinde oldukça etkili olduğunu göstermektedir.

1.3.1. Depresyon ve Obezite

Hem depresyon hem de obezite dünya çapında sıklıkla karşılaşılan birer sağlık problemleridir. Son yıllarda yapılan çalışmalar obezite ve depresyon arasında bir ilişki olduğunu belirtmekte ancak tam bir neden-sonuç ilişkisi saptayamamaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalar, bu ilişkinin çift taraflı olduğunu öne sürmekte ve bu ilişkiye birçok faktörün etki edebileceğini belirtmektedir. Obezler arasında psikolojik yapı itibarıyla birçok değişiklik bulunmaktadır. Yeme alışkanlığının mutlaka psikolojik bir soruna işaret ettiği söylenemez. Ancak obezite gelişmesi ile birlikte bireylerde psikososyal bozuklukların arttığı bilinmektedir. Bu durum, obezlerin maruz kaldıkları önyargılar ve dışlanmalardan kaynaklanıyor olabilir. Obezlerde en sık görülen sorunlar aşağılık duygusu, kendine güvende azalma, çekingenlik, sosyal yaşamdan izolasyon, işsizlik, evlilikle ilgili problemler, sıkıntı ve depresyondur. Bunlarla birlikte artan motivasyon kaybı fiziksel aktivitede azalmaya ve sonuç olarak obezite probleminde büyümeye yol açmakta, bir kısır döngü yaratmaktadır (Serter 2003). Toplumsal ortamlarda iş, evlilik ya da sosyal ilişkiler açısından obezlerin maruz kaldıkları ayrımcılık, onların özsaygısının azalmasına ve böylelikle depresyona daha açık hale gelmelerine sebep olmaktadır. Çalışma hayatları gözden geçirildiğinde, güvenlik güçleri, itfaiye birimleri ve havayollarının obez bireyleri işe almadığı veya işten çıkardıkları bilinmektedir. Obezite ve depresyon arasındaki neden-sonuç ilişkisi tam olarak netleştirilememiştir. Ancak erişkinlerde önce obezite arkasından depresyon gelişirken, çocuklarda ise önce depresyon ardından obezite geliştiği bildirilmektedir (Balcıoğlu ve Başer 2008). Bunlara ek olarak depresyonun yeme alışkanlıklarını ve aktivite düzeyini etkilediği ve böylelikle vücut kitle indeksinde dalgalanmalara sebep olduğu düşünülmektedir (Pine 2001). Obezite ve depresyon

arasındaki ilişkinin leptin hormonundan da etkilendiği belirtilmektedir. Vücutta tokluk hissi sağlayan leptinin antidepresan benzeri bir etkisinin de bulunduğu, düşük düzeydeki leptinin ise depresif davranışlarla ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Lu'dan akt; Chen ve ark 2009). Vücut kitle indeksi yerine birey tarafından algılanan vücut ağırlıkları da depresyonun önemli yordayıcılarından biri olarak saptanmıştır (Daniels'dan akt; Chen ve ark 2009). Genetik boyutta bakıldığında ikizler üzerinde yapılan bir çalışmada obezite ve depresyon arasındaki ilişkide paylaşılmış bir genetik etki olup olmadığı araştırılmış ve test edilen modele göre depresyonun genetik bileşenlerinin %12'sinin obeziteyle paylaşıldığı belirtilmiştir. Kadınlarda depresyon ve obezite arasındaki ilişkinin bir parça paylaşılmış genetik ile açıklanabileceği sonucuna varılmış ancak bu konuda yapılan çalışmaların yetersiz olduğu bildirilmiştir (Afari ve ark 2010). Fazla kiloluluk ve obeziteyi sosyal boyutta inceleyen bir çalışmaya, yaş ortalaması 10 olan 80 fazla kilolu ve obez çocuk katılmıştır. Bu çalışmada akranları tarafından kilolarıyla ilgili alay edilen fazla kilolu ve obez çocuklarda, alay edilemeyenlere kıyasla depresyon oranı ve sağlıksız kilo kontrolü davranışları yüksek bulunmuştur (Madowitz ve ark 2012). Özetle obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin tek bir nedeni olmadığı, çok faktörlü bir yapıya sahip olduğu söylenebilir.

Obezite ve depresyon ilişkisi incelendiğinde en temel soru, hangisinin bir diğerini etkilediği, yani aralarındaki ilişkinin hangi yönde olduğudur. Bazı çalışmalar bu iki değişken arasında karşılık bir ilişki olduğunu öne sürerken; bazıları depresyonun obezite için risk faktörü olduğunu; bazıları ise tam tersi şekilde obezitenin depresyon için risk faktörü olduğunu bulgulamıştır. Aralarında çift taraflı ilişki olduğunu belirten çalışmalara bakıldığında Luppino ve arkadaşları (2010)'nın sürdürdükleri bir meta-analiz çalışmasında obezite ve depresyonun boylamsal olarak ilişkisi incelenmiş ve aralarında karşılıklı bir bağ olduğu belirtilmiştir. Yani obezitenin depresyon riskini arttırdığı; aynı zamanda depresyonun obezite gelişimi için yordayıcı bir etken olduğu bulunmuştur. Niceliksel olarak ele alındığında obez bireylerin zaman içerisinde depresyon geliştirmesinin riskinin %55 oranında arttığı; depresif bireylerin obez olma riskinin ise %58 oranında arttığı raporlanmıştır. Obezite ve depresyon ilişkisinin çift yönlü olduğunu raporlayan çalışmalardan birisi de Pan ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Orta yaşlı ve yaşlı 65 955 Amerikalı kadının katılımıyla gerçekleşen bu çalışmada katılımcılar 10 yıl boyunca izlenmiş ve sonuç olarak ilk ölçümlerde depresyonu olan kadınların obezite geliştirme riskleri ve aynı zamanda ilk ölçümlerde obez olan kadınların ileride depresyon geliştirme

risklerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Depresyon ve obezite arasındaki boylamsal ilişkinin araştırıldığı bir gözden geçirme çalışmasında, obez olan ergen kızların obez olmayan akranlarına göre yetişkinlikte depresif bir bozukluk geliştirme ihtimali daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun tam tersi olarak, depresif ergen kızların depresif olmayan akranlarıyla kıyaslandığında yetişkinlikte fazla kilolu olma ihtimali daha yüksek olarak belirlenmiştir (Korcak ve ark 2013).

Obezitenin depresyon için risk faktörü olduğunu bulgulayan çalışmalara göre, beden algısı depresyonu etkileyen faktörlerden birisidir. Kendisini fazla kilolu olarak algılayan kadınlarda intihar düşünceleri ve davranışları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Whetstone ve ark 2007). Chen ve arkadaşları (2009)'nın kesitsel olarak yürüttükleri çalışmasında vücut ağırlıkları fazla olan bireylerin depresyon açısından artmış risk altında oldukları bulunmuştur. Özellikle 18-39 arasındaki kadınlarda, normal kilolu kadınlarla kıyaslandığında fazla kiloluluk ve obezitenin depresyon riskini %43 oranında arttırdığı belirtilmiştir. 496 ergen kızların katılımıyla sürdürülen bir çalışmada obez olma durumunun gelecekteki depresif semptomlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak bu ilişki fazla kilolularda gözlenmemiştir. Ayrıca gelecekte depresif semptomların oluşabileceği, ancak majör depresyonun gözlenmediği bildirilmiştir. Özellikle ergen kızlarda depresyon gelişiminde beden ağırlığının etkileyici bir faktör olduğu sonucuna varılmıştır (Boutelle ve ark 2010). Obezite ve depresyon ilişkisinin hangi yönde daha tutarlı bilgiler sunduğunu inceleyen bir gözden geçirme çalışmasında, depresyonun obeziteye sebep olduğunu belirten 15 çalışma, obezitenin depresyona sebep olduğunu belirten 10 çalışma incelenmiştir. Bu incelemenin sonucunda çalışmaların %80'inin obezitenin depresyona sebep olduğunu; %53'ünün ise depresyonun obeziteye sebep olduğunu raporladıkları sonucuna ulaşılmıştır. Genel popülasyonda, obez olmanın depresyon geliştirme riskini artırdığı sonucuna varılmıştır (Faith ve ark 2011). Çalışmalarında beden ağırlığı statüsünün depresyon üzerindeki etkisini kesitsel olarak inceleyen Ting ve arkadaşları (2012) ise, öz bildirimle elde edilen sonuçlara göre en çok depresif semptom belirtenlerin fazla kilolu olanlar olduğunu saptarken, sonrasında sırasıyla obezler ve normal kiloluların olduğunu belirtmiştir.

Depresyonun obezite için risk faktörü olduğunu bulgulayan çalışmalar incelendiğinde, boylamsal olarak sürdürülen bir çalışmada çocukluk depresyonun yetişkinlikteki beden kitle indeksi ile pozitif olarak ilişkili olduğu raporlanmış ve bu iki

değişken arasındaki ilişkinin boylamsal olarak daha güçlü olduğu bildirilmiştir (Pine ve ark 2001). 9374 ergenin katıldığı başka bir boylamsal çalışmada ise kesitsel olarak elde edilen ilk ölçümlerde depresyon ve obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmamışken; bir yıl sonra alınan ölçümler değerlendirildiğinde depresif ruh halinin obeziteyi yordadığı saptanmıştır (Goodman ve Whitaker 2002). Çocukluktaki depresyon ve anksiyetenin 3 yıl sonraki BKİ üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya, 8-18 yaşları arasındaki obez olmayan bireyler katılmıştır. Bu çalışmada anksiyete ve depresyonu olan bireylerin BKİ'leri sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslandığında, 3 yıl sonra anlamlı derecede artmıştır. Psikiyatrik problemlerin, çocuk ve ergenlerin BKİ'lerindeki dalgalanmalarla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Rofey ve ark 2009). Literatür incelendiğinde birden çok depresyon türü olduğu görülmektedir. Bunlardan birisi de atipik depresyondur. Atipik depresyonda en bilinen belirtiler iştah ve uykuda artış olmasıdır. İştahın artması sonucu yemek yemedeki artışla birlikte kiloda da artma olması muhtemeldir (Aydemir 2004). Amerika'da yapılan bir çalışmada, depresyon ve obezite arasındaki ilişkide depresyon türünün etkisi incelenmiştir. Bu çalışmaya göre atipik depresyonda olan bireylerde obezite görülme oranı, klasik depresyonda olan ya da depresyonda olmayan bireylere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır (Chou ve Yu 2013).

Depresyon ve obezite arasında ilişki bulgulamayan çalışmalar da mevcuttur. Tayvan'da yapılan bir çalışmada batı ülkelerinin çoğunda elde edilen sonuçların aksine obezite ve depresyon arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Çalışmaya göre zayıf olan yetişkin erkeklerin, diğer ağırlık kategorilerine kıyasla depresif olma ihtimallerinin daha yüksek olduğu; fazla kilolu ve obez kadınların ise daha az depresif olduğu belirlenmiştir. Bu farklı bulguların, Batı ve Asya ülkeleri arasındaki kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir (Chang ve Yen 2012).

Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde, obez bireylerdeki psikopatolojinin daha çok araştırıldığı ve bulguların obezitenin depresyona sebep olduğu yönünde ortaya koyulduğu görülmektedir. Isparta'da 53 obez hastanın psikiyatrik tanıları, depresyon ve anksiyete düzeylerini araştıran bir çalışmada hastaların %81,3'ünde majör depresif bozukluk ve %71,7'sinde son ayda majör depresif epizot saptanmıştır (Eren ve Erdi 2003). Normal kilolu, fazla kilolu ve obez otuzar ergenin katıldığı başka bir çalışmada obezlerin yarısından fazlasında DSM-IV tanılarının bulunduğu, bunların arasından 10 kişinin, yani obezlerin üçte birinin ise majör depresif bozukluk tanı kriterini karşıladığı saptanmıştır.

Fazla kilolu ve normal kilolu gruplarla karşılaştırıldığında obez olan grupta depresyon, davranış problemleri ve özgüven eksikliği gibi psikolojik problemler anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Ereymiş ve ark 2004). 7-15 yaş grubu arasında 40 obez, 40 normal kilolu çocuğun katıldığı bir çalışmada, kontrol grubunu oluşturan normal ağırlıklı çocuklar ile karşılaştırıldığında obez grupta depresyon düzeyinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Dallar ve ark 2006). Obezite ve fazla kiloluluk birer estetik problemi ya da fiziksel kusur olarak da ele alınmaktadır. Arslantaş ve arkadaşları (2007) tarafından Eskişehir’de 10-15 yaş grubu öğrencilerde depresyon şüphesi olanları saptamak amacıyla yapılan çalışmada, fiziksel kusuru olanlarda depresyon şüphesinin daha sık olduğu bildirilmiştir. Obezite ve depresyon literatürünün genellikle kadınlar üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Arslan ve arkadaşları (2009) ise 18-30 yaş arası genç erkekleri incelemiş ve bu grupta da obez olan bireylerde depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Öge (2011)’in çalışmasında Çocukluk depresyonu ölçeğinden kesme puanının üzerinde puan alan grupta, vücut ağırlıkları ve BKİ’ler istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulunmuştur. Çanakkale’de 62 obez hasta ve 27 kontrol grubu hastasının dahil edildiği bir çalışmada, depresyon ve anksiyete puanlarının obezite grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca obez hastalar arasında en sık görülen psikiyatrik tanı ise depresif bozukluk olarak belirlenmiştir. Herhangi bir tanı almayan obez hastaların yarısından fazlasında bazı anksiyete ve depresyon belirtilerinin olduğu görülmüştür. Bu durumların obezitenin psikososyal etkileri sonucunda ortaya çıktığı düşünülmüştür (Öyekçin 2011). Çalışmalardan elde edilen sonuçların neredeyse hepsi obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkinin varlığını desteklemektedir.

1.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Pender (1992), sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olarak ifade etmiştir. Daha sağlıklı beslenmek, entelektüel kapasitenin artması, kalp-damar hastalıklarından korunabilmek, bağışıklık düzeyinin artması, normal beden ağırlığını koruyabilme ve stresle uygun bir şekilde başa çıkabilmek birey için sağlıklı bir yaşam biçimi düzeyine erişmenin anlamı olarak belirtilmiştir (akt; Bahar ve ark 2008). Sağlığı geliştirici davranışların alt alanları Walker ve arkadaşları (1996)’na göre şu şekilde açıklanmıştır: sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığı için sorumluluk üstlenmesi

anlamına gelir. Bu konuda gerekli bilgilere ulaşması, özen göstermesi ve gerekirse profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir. Fiziksel aktivite, günlük yaşamın bir parçası olarak düzenli bir şekilde sürdürülmesi gereken egzersizleri uygulamayı kapsar. Beslenme bireyin öğünlerinin düzenini ve yediği besinlerin uygunluğunu ifade eder. Manevi gelişim, insanların iç kaynaklarıyla ilişkili olup iç huzuru sağlama, kim olduğumuzu anlama ve deneyimler için fırsat sağlama olasılığı yaratır. Kişilerarası ilişkiler, başkalarıyla olan ilişkilerdir. Zorunluluklar dışında anlamlı bir ilişki için iletişimi kullanmayı gerektirir. Son olarak stres yönetimi ise insanların gerilimlerini azaltmak ya da uygun bir şekilde kontrol altına alabilmek için kaynaklarını belirleyebilmesi ve kullanabilmesidir (akt; Bahar ve ark 2008). Molina-Garcia (2009)'a göre sağlığa zarar veren davranışlar; sigara kullanımı, aşırı alkol tüketimi, aşırı yağlı yemek tüketimi, fast-food türü beslenme gibi davranışları içerirken; sağlığı geliştiren davranışlar ise kişileri hastalıklardan koruyan spor, yeterli ve dengeli beslenme gibi davranışları kapsamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedenini, yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar olarak belirlemiştir (WHO 2013). Özetle kişinin kendi tutum ve davranışları bu hastalıkların oluşumunda önemli role sahiptir.

Yapılan çalışmalarda, ölüme neden olan hastalıkların yarısında sağlığa zarar veren davranışların rol oynadığını gösterilmiştir (Vural 1998). Amerika'da boylamsal olarak yapılan çalışmalarda bütün ölümlerin %50'sinden sigara içme, beslenme tarzı, alkol kullanımı ve hareketsiz yaşam tarzı gibi sosyal ve davranışsal faktörlerin sorumlu olduğu belirlenmiştir (Auerbach ve Krimgold'dan akt; Yüksel 2012). 2012 yılında yayınlanan "Gençlik Profili" araştırmasında katılımcıların %56,8 boş zamanlarında en sık yaptıkları etkinliğin televizyon izlemek olduğunu, %29,6'sı ise spor yaptığını belirtmiştir. Ayrıca gençlerin %35,7'sinin sigara, %21,7'sinin alkol kullandığı belirlenmiştir. Erkeklerin sigara içme oranı kadınlardan neredeyse iki kat daha fazla bulunmuştur (Gür ve ark 2012).

Obezite, sağlıklı yaşam davranışlarının alt boyutlarıyla yakından ilişkilidir. Beslenme, fiziksel aktivite ve psikolojik etmenler, obezite için risk faktörleridir. Bu konudaki detaylı bilgi, obezite başlığı altında verilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları başlığı altında incelenen boyutlar ile obezite arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında Arslan ve Ceviz tarafından 2007 yılında yapılan çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça obezite sıklığının düştüğü bulgulanmıştır.

1.5. Ebeveyn Kontrolü

Ebeveyn uygulamaları; anne-babanın değerleri, inançları ve hedefleri doğrultusunda çocuklarını sosyalleştirmede kullandıkları davranışlar olarak tanımlanmıştır (Darling ve Steinberg 1993). Ebeveyn kontrolü ise çocukların etkinlik ve alışkanlıklarının aile tarafından kontrol edilmesi ve düzenlenmesi, onların aileye bağlılığının sağlanması ve çocuklarının düşüncelerini ve hislerini yönlendirmeleri gibi davranışların uygulanması anlamına gelmektedir. Ergenler üzerinde olumsuz etkileri olabilecek stratejilerden olumlu etkileri gösterilmiş stratejilere kadar uzanan kapsamlı ve çok boyutlu bir kavramdır. Çocuğun davranışlarını kontrol eden uygulamalar ve çocuğunun psikolojisini kontrol eden uygulamalar olarak ikiye ayrılmış; böylelikle sadeleştirilmesi ve kontrolün etkilerinin daha kolay ayrıştırılması amaçlanmıştır (Barber 1996).

Özerklik arayışı ön ergenlikle başlar ve aile içi ilişkilerin yeniden yapılanmasında önemli bir yer tutar. Çünkü ergenin bu süreciyle birlikte ailenin önceden alıştığı dengeler değişime uğramaya başlamaktadır (Collins ve Laursen 2004). Özerkleşme sürecindeki ergen açısından bakıldığında ebeveyn tarafından nasıl kontrol edildiğinin önemi artarken; ebeveynler açısından bakıldığında çocukları üzerindeki değişime her zaman uygun bir şekilde karşılık veremedikleri görülmektedir. Ergenlik döneminde ebeveyn ve ergen arasındaki hem olumlu hem de olumsuz ilişkinin karmaşık hale gelmesiyle birlikte (Hafen ve Laursen 2009), algılanan ebeveyn kontrolünün ergenin uyumunda önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir (Sönmez 2011).

1.5.1. Psikolojik Kontrol ve Gelişimsel Sonuçları

Ebeveyn kontrolünün iki alt boyutundan birisi psikolojik kontroldür. Psikolojik kontrol, çocuğun duygusal ve psikolojik gelişimine, örneğin düşünce süreçlerine, kendini ifade etmesine ve duygularına zorla ya da izinsiz müdahale eden ve bağımsızlığını engelleyen girişimler olarak tanımlanabilir. Psikolojik bazı müdahale türleri, örneğin olayların sonuçlarıyla ilgili farkındalık ve hassasiyetin artırılmasına yönelik muhakemeler, olumlu gibi görünmektedir. Ancak psikolojik kontrol bir ebeveynlik boyutu olarak düşünüldüğünde, olumsuz bir kontrol türü olarak kavramsallaştırılabilir (Barber 1996).

Psikolojik kontrolün ebeveyn ve çocuk ilişkisini bozması, ergenin temel ihtiyaçlarından *bağlantıda olma* (connected) ya da *ilişkisel* (relatedness) hissini negatif yönde etkilemesi nedeniyle olduğu öne sürülmektedir. Psikolojik kontrol uygulayan

ebeveynler, kendi güçlerini ve ergen ile olan ilişkilerindeki konumlarını koruma altına aldığı düşünmektedir. Ancak bu durum ergenin psikolojik ihtiyaçlarını göz ardı etmelerine, kendi istek ve iradelerini ergene dayatmalarına yol açar. Dolayısıyla ergenin benlik gelişimi olumsuz yönde etkilenir ve ergen ya boyun eğici ya da isyankâr olabilir (Barber ve Harmon 2002). Ayrıca ebeveynlerin yüksek düzeyde psikolojik kontrol uygulaması ise çocukların özerklik isteklerine ve duygularına zarar verebilmektedir (Grolnick 2003'ten akt; Pulat 2011). Bunların yanı sıra psikolojik kontrolün, ebeveyn ve ergen arasındaki sevgi ilişkisinin sevgiyi esirgeme, suçluluk yaratma, utandırma, eleştirme, göz ardı etme gibi davranışlarla manipüle edilmesi ile gerçekleştirildiği için ergen ebeveyn bağımlı olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir (Barber 1996).

Barber ve Harmon (2002), ebeveyn psikolojik kontrolünün manipülatif ve kısıtlayıcı olmak üzere iki temel grupta sınıflandığını ifade etmektedirler. Manipülatif ebeveynliği, çocuğun davranışlarını şekillendirmek ya da aile ve çocuk arasında duygusal denge sağlamak için yapılan girişimler olarak tanımlamışlardır. Aile, bu girişimler sırasında suçluluk yüklemesi, sevgi esirgeme ve kaygı aşılama olmak üzere üç temel strateji kullanmaktadır. Kısıtlayıcı ebeveynlerin ise çocuğun sözel davranışlarını baskıladıkları ve çocuğun kendini keşfetme ve ifade etmesini engelledikleri ifade edilmektedir. Bu iki temel boyuta ek olarak ebeveyn davranışlarının başka özellikleri ya da tutumları bulunabilir. Bunlara örnek olarak kişisel saldırı, yüksek ebeveyn beklentileri ve düzensiz duygusal davranışlar verilebilir. Bu davranış ve tutumlar, manipülatif ve kısıtlayıcı ebeveynliğin içinde düşünülmesi de psikolojik kontrolle ilişkili görülmektedir.

Suçluluk yüklemenin çocuğun gelişimi açısından yararlı mı yoksa zararlı mı olduğuna dair fikir çatışmaları bulunmaktadır. Grolnick (2003)'e göre ebeveynler suçluluk yüklemeyi çocukları için en iyisini sağlamak gibi iyi niyetlerle kullanmaktadır (akt; Harma 2008). Benzer olarak Tangney ve Dearing (2002) de suçluluk yüklemeyi, çocuğun ahlaki yönde doğru davranışlarda bulunması için bir motivasyon kaynağı olarak tanımlamışlar ve suçluluk yüklemenin aslında empati, yardımseverlik ve toplumsal bakış açısını anlayabilme gibi olumlu sosyal davranışların gelişmesiyle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (akt; Harma 2008). Bu görüşlere aksi yöndeki fikirler ise suçluluk yüklememenin aile ilişkilerini olumsuz olarak etkileyen gücenme ve kin duygularını geliştirdiğini ve aşırı derecede sorumluluk duygusu yarattığını belirtmekte; bu sayede de zarar verme açısından potansiyel bir risk oluşturduğunu ifade etmektedir (Barber ve Harmon 2002).

Yönlendirici psikolojik kontrolün diğer türü *sevgi esirgenmesidir*. Çocuk için sevginin esirgenmiş olması, ebeveynlerin çocuğun davranışlarından memnun olmadıkları ve ayrılıkla ya da ayrılma tehdidi ile çocuğu kontrol etmeye çalışmaları anlamına gelmektedir. Bu durum sonucunda çocuk ailesinin ilgi ve dikkatinden mahrum kalmış olur. Çocuğun ailesinden sağladığı sevgi, dikkat ve onaylanma ihtiyaçları, yaşam boyu sürecek önemli hususlardır. Bu ihtiyaçların kötüye kullanılmasıyla ilgili davranışlar ve çocuğun destek kaybı konusunda tehdit edilmesi, çocuğun bu durumdan olumsuz etkilenmesiyle sonuçlanabilir ve özgüven eksikliği ya da içselleştirme problemlerine sebep olabilir. (Grolnick'ten akt; Harma 2008).

Ergenler psikolojik olarak kontrol edildiklerinde, sağlıklı bir farkındalık ve kendilik algısının gelişimi konusunda sorunlar yaşayabilirler. Ebeveynlerin psikolojik olarak kontrol uygulaması, dolaylı olarak aslında çocuğu kötölemesi ve çocuğun bireysel yeterlilik duygusu geliştirmesine fırsat vermemesi anlamına gelmektedir (Barber 1996). Ergeni eleştirme, suçlama, aşağılama ve dışlama gibi psikolojik kontrol girişimleri ergende öfke uyandırıp saldırganlığa yol açabilir. Ya da tam tersi bir şekilde ergende kaygı uyandırarak sosyal olarak içe kapanmaya ve ilişkilerde güven eksikliğine de sebep olabilmektedir (Kerr ve Stattin 2000). Yapılan çalışmalar bu bilgiyi destekler nitelikte olup psikolojik kontrolün depresyon, düşük ego gücü ve anksiyete gibi içselleştirme problemleriyle pozitif yönde bir ilişki içerisinde olduğunu orta koymuştur (Harma 2008). Barber (1996)'ın yürüttüğü çalışmada, ergenler tarafından algılanan psikolojik kontrolün, gençler arasındaki depresyon gibi içselleştirme problemlerini tutarlı bir şekilde yordadığı ve bazı vakalarda suç işleme gibi dışsallaştırma problemlerine de rastlandığı bulunmuştur. Buna karşın davranışsal kontrolün temel olarak dışsallaştırma problemleriyle ilişkili olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Pettit ve arkadaşları (2001)'nin çalışmasında, yüksek düzeyde psikolojik kontrolün ergenin uyumunu bozduğu, daha fazla hatalı davranışlar yapmasıyla ve daha fazla anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bean ve arkadaşları (2003), Avrupa-Amerikalı ve Afrika-Amerikalı ebeveynler ve ergenler üzerinde yürüttükleri çalışmalarında destek, psikolojik kontrol ve davranışsal kontrol ile ergen işlevselliği arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Çalışma sonucunda Avrupa-Amerikalılarda psikolojik kontrol; hem öz saygıda hem de akademik başarıda negatif yönde çok güçlü bir yordayıcı olarak bulunmuştur. Afrika-Amerikalılarda ise psikolojik kontrol ile akademik başarı arasında bir ilişki bulunmazken babalar tarafından uygulanan psikolojik kontrol ile ergenlerin öz saygı düzeyi arasında ters yönde bir ilişki bulunmuştur. Galambos, Barker ve

Almedia (2003) tarafından yürütülen boylamsal bir çalışmada destek, davranışsal kontrol ve psikolojik kontrolün ergen uyumundaki etkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonuçları, ebeveynleri fazla psikolojik kontrol uygulayan ergenlerin daha fazla dışsallaştırma problemleri bildirmeleri yönündedir. Ayrıca çalışma, ebeveynliğin, çocuğun yaşamı üzerindeki önemine ve potansiyel negatif akran etkisiyle yüz yüze gelmeyle yakından ilişkili olduğuna dikkat çekmiştir. Albert, Galambos ve Jansson (2007), 12-19 yaşları arasında olan 530 ergen ile yürüttükleri araştırmada, ebeveynlerin uyguladıkları psikolojik kontrol arttıkça, çocukların ergenlik döneminde yaşadıkları içselleştirme sorunlarının ve saldırgan davranışlarının da arttığı bulunmuştur. Hem anneden hem de babadan algılanan psikolojik kontrolün yüksek olduğu durumlarda, ergenlerin içselleştirme sorunlarında ve fiziksel saldırganlık davranışlarında özellikle artış olduğu saptanmıştır. Kındap ve arkadaşlarının çalışmasında (2008), algılanan psikolojik kontrolün artması sonucunda kızlarda hem içselleştirme hem de dışsallaştırma davranış problemlerinin arttığı ve daha fazla sapkın arkadaşlara sahip oldukları; erkeklerde ise sadece dışsallaştırma davranış problemlerinin arttığı ve daha fazla sapkın arkadaşlara sahip oldukları bulunmuştur. Çelik-Özden (2013) çalışmasında ergenlere, annelerine ve babalarına göre, ergenlik döneminde sahip olunan duygusal güçlükleri etkileyen başlıca faktörlerden birisinin ebeveyn tarafından uygulanan psikolojik kontrol olduğunu saptamıştır.

1.5.2. Davranışsal Kontrol ve Gelişimsel Sonuçları.

Davranışsal kontrol, çocuğun davranışını kontrol etme ya da denetim altına alma girişimi olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik kontrolün aksine ebeveynin davranışsal kontrolünün çocuğun işlevselliği üzerinde olumlu etkileri olduğunu bulgulayan çalışmalar mevcuttur. Ancak, yüksek derecede davranışsal kontrole maruz kalan ve yeterli davranışsal kontrolü ebeveyninden göremeyen çocuklar saldırganlık, dürtüsellik, suçluluk ve madde kullanımı gibi uyumsuz davranışlar gösterebilir (Barber 1996). Barber ve arkadaşları (1994), yeteri kadar davranışsal kontrol deneyimlemeyen çocukların dışsallaştırma problemleri geliştirme riskinin çok daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Davranışsal kontrol ve dışsallaştırma davranışları arasındaki ilişki, olası iki yolla açıklanabilir. İlk olarak, ebeveynin uyguladığı davranışsal kontrol, çocuğun öz düzenleme becerilerinin gelişmesini ve sosyal olarak onaylanan davranışlarla daha fazla iç içe olmasını kolaylaştırır. İkinci olarak ise yeteri kadar davranışsal kontrol deneyimlemeyen, diğer bir

deyişle denetlenmeyen çocukların, risk alıcı ve sapkın davranışlarda bulunan akranlarından etkilenme olasılığı daha yüksektir (Barber, Stolz ve Olsen'dan akt; Harma 2008).

Davranışsal kontrolün alt boyutlarından biri olan ebeveynin izleme davranışı; çocuğu kontrol etmek için bilinçli olarak davranışlarını, ne yaptığını ve nerede olduğunu denetlemek ve takip etmek şeklinde açıklanmaktadır (Dishion ve McMahan 1998). Barber (1996)'a göre ebeveynin izleme davranışı, ergenin psikolojik özerkliğine izin vermektedir. Ebeveynlere ise, ergenin nerede ve kimlerle olduğunu, neler yaptığını ve akranlarıyla ilişkileri hakkında görece daha fazla bilgi sahibi olma olanağı tanımaktadır. Bu sayede çocuğun davranışını, aile içi kurallar ve sosyal normlar çerçevesinde düzene sokmak ve denetim altına almak amaçlanır. Yapılan bir çalışmada ebeveynin izleme davranışı, ergenin daha az hatalı davranışlar yapmasıyla ilişkili bulunmuştur (Pettit ve ark 2001). Fletcher ve arkadaşlarının (2004) Amerika'daki lise öğrencileri ile yürüttüğü boylamsal bir çalışmada annenin haberdar olma ve kontrolü ile madde kullanımı ve suçluluk arasında negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Caldwell ve arkadaşları (2006), çalışmalarında ergenlerin ebeveyn izlemesi olmadığına dair algısı ile suça karışma arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu bulmuştur.

Ülkemizde Kındap ve arkadaşlarının çalışmasında (2008), algılanan davranışsal kontrolün artması durumunda kızlarda algılanan okul başarısının arttığı; erkeklerde içselleştirme ve dışsallaştırma davranış problemlerinin azaldığı ve sapkın arkadaşlara daha az; olumlu özellikleri olan arkadaşlara daha çok sahip oldukları saptanmıştır. Algıladıkları davranışsal kontrolün hem benlik değerindeki artışla hem de anneden algılanan yakınlıkla ilişkili olduğu bulunmuş ve ergenler için davranışsal kontrol ve yakınlığın birlikte yer almasının ergenin benliğini olumlu etkilediği sonucuna varılmıştır. Sönmez (2011) tarafından yapılan çalışmada davranışsal kontrolün ebeveynler tarafından kız ergenlere erkek ergenlerden daha fazla uygulandığı bildirilmiştir. Ayrıca her iki cinsiyet için de annenin uyguladığı davranışsal kontrol ve ergenin ebeveyne yönelik olumlu sosyal davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu ortaya koyulmuştur. Boylamsal olarak yürütülen bu çalışmada annenin davranışsal kontrolü, olumsuz arkadaşlık niteliğinde azalmayı ve kız ergenlerdeki saldırganlığın azalmasını yordamıştır. Genel olarak bakıldığında elde edilen bulgular, davranışsal kontrolün ergenin olumlu gelişimsel sonuçları ile ilişkisini desteklemektedir.

1.5.3. Ebeveyn Kontrolü ve Obezite

Ebeveyn kontrolü ve obezite ilişkisini doğrudan ele alan araştırmalar literatürde mevcut olmamakla birlikte ebeveynlerin, çocuklarının yedikleri üzerindeki kontrolü ve/veya etkisini araştırmış çalışmalar bulunmaktadır. Fisher ve Birch (1999)'in çalışmasında kilolu çocukların ebeveynlerinin yeme alışkanlığı üzerinde daha yüksek seviyede kontrole sahip olduğu belirtilmiştir. Ancak kısıtlama arttıkça çocukların dikkatinin kısıtlanan yiyecekler üzerinde toplandığı ve kısıtlı yiyecekleri elde etme ve yeme isteklerinin daha da arttığı sonucuna varılmıştır. Bir araştırmada ebeveynin çocukları üzerindeki kontrol tarzının, çocuğun beslenme şekli üzerinde etkili bir faktör olduğu ve bu durumun ebeveyn ve çocuğun demografik özelliklerine göre değiştiği söylenmiştir. Daha eğitilmiş ailelerin daha kapalı kontrol yöntemlerini (yani çocuğun açıkça anlayamayacağı şekilde) kullandığı ifade edilmiştir. Ayrıca çocuğun sağlıklı atıştırmalarda bulunması kapalı kontrol yöntemiyle daha az bağlantılı bulunurken, yemek için ısrarcı olunan yöntemlerde daha çok bağlantılı olduğu bulunmuştur (Brown ve ark 2007). Birch ve Davison' un gözden geçirme çalışmasında ebeveynlerin yiyecek ulaşımını kısıtlayarak, yeme üzerindeki baskıyı arttırarak veya çocuğu beslenmesini sıkı bir şekilde gözlem altında tutarak çocukların yeme düzeni üzerinde kontrol sahibi olmaya yatkın oldukları sonucuna varılmıştır (akt; Camcı 2010). Başka bir gözden geçirme çalışmasında uzun dönemde çocuklarının kilo kontrolüyle ilgili müdahalelerin etkili olabilmesi için ebeveynlerin bu programa dahil olmasının ve davranış değişikliği tekniklerini kullanmalarının sonuçlar üzerinde etkili olduğu neticesine ulaşılmıştır (van der Kruk ve ark 2013).

1.6. Çalışmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmada obezitenin fizyolojik ve psikolojik risk faktörlerinin anlaşılması amaçlanmıştır. Obezite, her geçen yıl tüm dünyayı etkisi altına almaya devam etmektedir. Özellikle çocuk ve ergenlerdeki obezitenin yetişkinlikte de devam etme olasılığının yüksek olduğu düşünüldüğünde, obezite için risk faktörlerinin belirlenmesi ve bunların önlemlerinin alınması büyük önem taşımaktadır. Literatürde obezitenin biyolojik ve çevresel birçok risk faktörleri araştırılmış, ancak psikolojik değişkenlerle ilişkisi konusunda çalışmaların yetersiz olduğu izlenimine varılmıştır. Hem obezite hem de psikolojik problemlere ergenlik döneminde sıkça rastlanması ve bu durumların yetişkinlikte süren hayatları önemli derecede etkilediği düşünüldüğünde çalışmanın

literatüre eksiklikleri giderme adına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Yapılan araştırmanın diğer önemi ise, obezitenin özellikle psikolojik alt yapıları olabileceğine dikkat çekmek ve bu konuda yapılan çalışmaların artırılmasına katkıda bulunabilmektir.

1.7. Hipotezler

- 1) Fazla kilolu/obez grupta (BKİ = 85 yüzdalik ve üzeri), normal (BKİ=15 ve 85 arası) ve zayıf (BKİ=15 ve altı) gruba kıyasla davranışsal* ve fizyolojik** risk etmenleri daha fazla, koruyucu etmenler daha azdır.

*Aylık gelir, başarı durumu, yemek yeme şekli, günlük tüketilen su miktarı, alkol ve sigara kullanımı, masa başında geçen süre, fiziksel aktivite, günlük uyku süresi, öğünlerin düzeni ve besinleri tüketme durumu

**Cinsiyet, ailede fazla kilolu birey bulunup bulunmaması, sağlık problemi olup olmaması, ergenliğe giriş yaşı

- 2) Araştırmaya dahil edilen fizyolojik, davranışsal ve bazı psikolojik değişkenler birlikte değerlendirildiğinde, psikolojik değişkenler de (sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düşük olması, aileden algılanan psikolojik kontrol şeklinin fazla, davranışsal kontrolün az olması ve depresyon düzeyinin fazla olması) BKİ'deki artışın yordayıcısıdır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Örnekleme

Ergenleri temsil etmesi amaçlanan çalışmanın örneklemini Aydın merkezde bulunan, farklı gelir düzeyini temsil ettiği düşünülen liseler oluşturmaktadır. Hazırlık, 9, 10 ve 11. sınıfların katıldığı araştırmaya, 12. sınıfta okuyan öğrenciler dahil edilmemiştir.

Anketler toplam 670 kişi tarafından doldurulmuş ancak 45 anket eksik doldurulması ya da doğruluğundan şüphe duyulması gerekçeleriyle analizlere dahil edilmemiştir. Kalan anket sayısı 625'tir. Çalışmaya katılan ergenlerin %53,3'ü kız, %45,3'ü erkektir. 9 kişi cinsiyetini belirtmemiştir. Araştırmaya katılan ergenlere ait diğer demografik özellikler çizelge 2.1.' de verilmiştir. Ayrıca katılımcıların yaş ortalaması $15,48 \pm 0,98$ (ranj:14-18), kilo ortalaması $57,35 \pm 10,97$ (ranj:35-115), boy ortalaması ise $167,66 \pm 8,67$ (ranj:141-192) olarak tespit edilmiştir.

Çizelge. 2.1. Çalışmaya katılan ergenlerin demografik özelliklerinin dağılımı

| | Sayı | % |
|------------------------|------|-------|
| Cinsiyet | | |
| Kız | 333 | 53,30 |
| Erkek | 283 | 45,30 |
| Belirtilmemiş | 9 | 1,40 |
| Aylık gelir | | |
| 1000 lira ve altı | 142 | 22,70 |
| 1000-2000 lira arası | 237 | 37,90 |
| 2001 ve üstü | 233 | 37,30 |
| Akademik başarı | | |
| İyi | 246 | 39,40 |
| Orta | 356 | 57,00 |
| Kötü | 19 | 3,00 |

2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılan ergenlere sosyodemografik bilgi formu, sağlık ve beslenme ile ilgili sorular içeren bir form, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II, ebeveyn psikolojik kontrol ölçeği, ebeveyn davranışsal kontrol ölçeği ve çocukluk depresyonu ölçeği uygulanmıştır.

2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılan ergenlerin cinsiyet, yaş, sınıf, kilo, boy, kardeş sayısı, anne-baba yaşama durumu, anne-baba medeni durumu, anne-baba eğitim durumu ve ailenin aylık gelirine ilişkin bilgilerin edinildiği sosyodemografik bilgi formu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Ek:1).

2.2.2. Sağlık ve Beslenme Formu

Çeşitli örneklerden araştırmamıza uygun olan sorular seçilerek araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda; ergenin alkol ve sigara kullanımı, sağlık problemi, ailesinde aşırı kilolu bireylerin varlığı, günlük su tüketimi, yeme şekli, öğün tüketim sıklığı, uyku düzeni, masa başında geçirdiği zaman, fiziksel aktivite sıklığı, okul başarısı ve besin tüketim sıklıkları gibi konular hakkında bilgi edinilmesi amaçlanmıştır (Ek:2).

2.2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılan ölçek, Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiş ve 1996 yılında tekrar gözden geçirilmiştir. Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı .92 olup yüksek güvenilirlik derecesine sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları ise; Sağlık sorumluluğu .77, Fiziksel Aktivite .79, Beslenme .68, Manevi Gelişim .79, Kişilerarası İlişkiler .80, Stres Yönetimi .64 olarak saptanmıştır.

Toplam 52 maddeden oluşan ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme dördümlü likert şeklindedir. Yanıtlar puanlanırken "hiçbir zaman" yanıtı için 1, "bazen" yanıtı için 2, "sık sık" yanıtı için 3, "düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilmektedir. Ölçeğin genel puanı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir. Puan ranjı 52-208 olan

ölçekten yüksek puanlar almak, bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığı anlamına gelmektedir.

2.2.4. Ebeveyn Psikolojik Kontrol Ölçeği (EPKÖ)

Ergenlerin ebeveynlerinden algıladıkları psikolojik kontrolü ölçmeyi amaçlayan bu ölçeğin 16 maddesi Barber (1996) tarafından oluşturulmuş Psychological Control Scale-Youth Self-Report (PCS-YSR)'dan alınarak; ; geri kalan 16 maddesi ise Olsen ve ark. (2002)'nin oluşturduğu, sevginin esirgenmesi, suçluluk yükleme, değişken duygusal davranışlar gibi psikolojik kontrolün farklı bileşenlerini içeren ölçekten alınarak Harma (2008) tarafından derlenmiştir. Ölçeğin Suçluluk Yükleme (EPKÖ-SY) ve Sevgi Esirgenmesi (EPKÖ-SE) olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Harma (2008), çocuk yanıtları ve ebeveyn yanıtlarının tutarlı olabilmesi için bazı maddeleri çıkardıktan sonra EPKÖ-SY için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını 0,87; EPKÖ-SE için ise 0,86 olarak bulmuştur

Toplam 32 maddeden oluşan ölçek, 1 (hiçbir zaman)'den 4 (her zaman)'e doğru giden dörtlü likert şeklinde cevaplandırılır. Ölçekten alınan puanlar iki boyut için ayrı ayrı hesaplanır. Bu boyutlarda alınan puanlar arttıkça ebeveyn tarafından uygulanan psikolojik kontrol düzeyinin arttığı anlaşılır. Babalar için cevaplandırılan bölümde oldukça çok eksik veri olmasından dolayı bu bölüm analizlere dahil edilmemiştir.

2.2.5. Ebeveyn Davranışsal Kontrol Ölçeği (EDKÖ)

Ergenlerin davranışlarının, ebeveynleri tarafından hangi düzeyde izlendiği ve denetim altına alınmaya çalışıldığını ölçmeyi amaçlayan bu ölçek, Harma (2008) tarafından derlenmiş olup; ölçeğin 16 maddesi Kerr ve Stattin'in (2000) 'ebeveyn bilgisi ve denetimi' ölçeğinden alınmıştır. Özünde 24 maddeden oluşan ölçekten geri kalan 8 madde ergen yaş grubuna uygun olmadığı düşünülerek (gece dışarıda vakit geçirmek vb. konularla ilgili olan maddeler) çıkarılmıştır. Bunlar yerine kültürel olarak daha uygun ve alakalı görülen 4 yeni madde eklenmiştir (Annen ya da baban öğretmenlerle derslerinle ilgili konuşur mu vb). Ölçeğin "haberdarlık" (EDKÖ-H) ve "izleme" (EDKÖ-İ) olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Paralel formlar arasında tutarlılığı sağlamak amacıyla çıkartılan maddelerden sonra haberdarlık alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı $\alpha_{\text{anne}}=.88$; izleme alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı $\alpha_{\text{anne}}=.87$ olarak bulunmuştur.

Toplam 20 maddeden oluşan ölçek 1(hiçbir zaman)'den 4(her zaman)'e doğru giden dörtlü likert şeklinde cevaplandırılmıştır. Ölçekten alınan puanlar iki boyut için ayrı ayrı hesaplanır. Puanlar arttıkça ebeveyn tarafından uygulanan davranışsal kontrol düzeyinin arttığı anlaşılır. Babalar için cevaplandırılan bölümde oldukça çok eksik veri olmasından dolayı bu bölüm analizlere dahil edilmemiştir.

2.2.6. Çocukluk Depresyonu Ölçeği (ÇDÖ)

Çocukların depresif belirtilerini değerlendirmek amacıyla “Children's Depression Inventory” (CDI) özgün formun Türkiye uyarlaması kullanılmıştır. Bu ölçek çocuklardaki Kovacks (1981) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik çalışmalarında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı .86 olarak bulunmuştur. Bir hafta içindeki test-tekrar test güvenirligi ise .77 bulunmuştur. Öy'ün ÇDÖ kullanarak yaptığı alan çalışmasında, ortalama depresyon puanının 11.32 olduğu bildirilmiştir.

27 maddelik bu ölçeğin puan ranjı 0-54'tür. Verilen cevaplara 0 ile 2 arasında değişen puanlar verilir. Bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri bu ölçekte, toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin kesim noktası 19 olarak önerilmektedir.

2.2.7. Beden Kitle İndeksi

Çalışmada katılımcılara boy ve kilosu sorulmuştur. Obezite sınıflandırmasında yetişkinlerde BKİ kullanılırken, çocuk ve ergenlerde ise DSÖ tarafından 2007 yılında 5-19 yaş arası çocuklar için yayımlanan büyüme referans değerlerinin kullanılması önerilmektedir. DSÖ'nün belirlediği standartlarda beden kitle indeksi yaşa ve cinsiyete göre 95 persentilin üstünde olan ergenler obez, 85-95 persentil arasında olan ergenler ise fazla kilolu olarak tanımlanırlar. 15-85 persentil arası normal kilolu ve 15 persentilin altı ise zayıf anlamına gelmektedir (WHO, 2014c). Bu araştırmada katılımcılar DSÖ'nün büyüme referanslarına göre sınıflandırılmıştır. Ayrıca çok zayıf ve zayıf olanlar bir gruba; fazla kilolu ve obez olanlar da bir gruba toplanmış ve sonuçta persentil değerlerine göre 3 grup elde edilmiştir.

2.3. Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan ölçekler, 2013 – 2014 eğitim öğretim yılında belirlenen okulların, kura yöntemiyle seçilmiş sınıflarında okuyan öğrencilerine uygulanmıştır. İlgili makamlardan gerekli izinler alındıktan sonra, liselere gidilmiş; ölçekler, sorumlu öğretmenin izni ve desteğiyle rehberlik saati için uygun olan şubelerde dağıtılıp uygulama yapılmıştır (Ek 3 ve Ek 4). Veri toplama araçları uygulamaya katılan öğrenci grubuna dağıtıldıktan sonra, araştırmanın amacı, anketlerin nasıl doldurulacağı ve katılımcıların vereceği yanıtlardaki samimiyetin önemi hakkında öğrenciler bilgilendirilmiştir. Katılımcıların boy ve kilo bilgileri özbildirimlerine dayalı olarak elde edilmiştir. Boylarını bilmeyen öğrenciler için uygulama sırasında ölçüm alınmıştır. Yapılan uygulama bir ders saati kadar sürmüştür. Örneklemi oluşturan katılımcılar, gönüllülük esasına göre çalışmaya alınmıştır.

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmanın istatistiksel analizlerinde SPSS 17.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare analizleri kullanıldı. Nicel değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. Bir bağımlı değişkeninin yordayıcılarının belirlenmesi amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölümde mevcut araştırmanın amacına yönelik elde edilen verilere uygulanan istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilmektedir.

3.1. Katılımcılarının BKİ'lerinin Demografik Özelliklere göre Dağılımı

Araştırmaya katılan ergenlerin kilo ortalamaları $X \pm SS = 57.35 \pm 10.97$ (Ranj=35.00-115.00) bulunurken; boy uzunluklarının ortalaması $X \pm SS = 167.66 \pm 8.67$ (Ranj=141.00-192.00) bulunmuştur. DSÖ'nün 5-19 yaş grubu için belirlediği standartlara göre hesaplanan BKİ sonucu çok zayıf/zayıf, normal ve fazla kilolu/obez gruplarındaki kişi sayısı ve yüzdesi Çizelge 3.1.'de verilmiştir.

Çizelge 3.1. Katılımcıların BKİ sınıflandırması

| | N | % |
|----------------------|------------|------------|
| Zayıf | 143 | 22,9 |
| Normal | 405 | 64,8 |
| Fazla kilolu ve obez | 77 | 12,3 |
| Toplam | 625 | 100 |

Araştırmaya katılan ergenlerin beden kitle indekslerinin demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde cinsiyete göre ve BKİ bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=5.073$, $p > .05$). Aynı şekilde aylık gelir ($\chi^2=5.774$, $p > .05$) ve başarı düzeyi ($\chi^2=1.566$, $p > .05$) ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan ergenlerin BKİ'lerinin cinsiyet, aylık gelir ve başarı düzeylerine göre dağılımı Çizelge 3.2.'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan ergenlerin sigara ve alkol tüketim alışkanlıkları genel olarak incelendiğinde %8,2'sinin sigara kullanırken, %91,8'inin sigara kullanmadığı; %18,1'inin alkol kullanırken %81,9'unun alkol kullanmadığı saptanmıştır. Sigara ($\chi^2= .982$, $p > .05$), ve alkol ($\chi^2=2.988$, $p > .05$) kullanımı ile BKİ arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Öğrencilerin sigara ve alkol tüketim alışkanlıkları ve BKİ ilişkisi hakkındaki bulgular Çizelge 3.3.'te gösterilmiştir.

Çizelge 3.2. Demografik özelliklere göre BKİ dağılımı

| | Zayıf | | Normal | | Kilolu | | χ^2 | P |
|-----------------|-------|------|--------|------|--------|------|----------|-------|
| | N | % | n | % | N | % | | |
| Cinsiyet | | | | | | | 5,07 | > .05 |
| Kadın | 76 | 22,8 | 225 | 67,6 | 32 | 9,6 | | |
| Erkek | 63 | 22,3 | 176 | 62,2 | 44 | 15,5 | | |
| Gelir | | | | | | | 5,77 | > .05 |
| Bin | 32 | 22,5 | 93 | 65,5 | 17 | 12,0 | | |
| Bin-İkibin | 59 | 24,9 | 156 | 65,8 | 22 | 9,3 | | |
| İkibin | 48 | 20,6 | 147 | 63,1 | 38 | 16,3 | | |
| Başarı | | | | | | | 1,57 | > .05 |
| İyi | 63 | 25,6 | 155 | 63,0 | 28 | 11,4 | | |
| Orta&kötü | 80 | 21,3 | 248 | 66,1 | 47 | 12,5 | | |

Çizelge 3.3. Sigara ve alkol tüketim alışkanlıklarına göre BKİ dağılımı

| | Zayıf | | Normal | | Kilolu | | χ^2 | P |
|---------------|-------|------|--------|------|--------|------|----------|-------|
| | n | % | N | % | N | % | | |
| Sigara | | | | | | | .98 | > .05 |
| Evet | 13 | 25,5 | 30 | 58,8 | 8 | 15,7 | | |
| Hayır | 130 | 22,6 | 375 | 65,3 | 69 | 12,0 | | |
| Alkol | | | | | | | 2,99 | > .05 |
| Evet | 22 | 19,5 | 72 | 63,7 | 19 | 16,8 | | |
| Hayır | 121 | 23,6 | 333 | 65,0 | 58 | 11,3 | | |

Araştırmaya katılan ergenlerin herhangi bir sağlık probleminin olup olmadığı incelendiğinde toplamda katılımcıların %15,2'sinde sağlık problemi bulunurken %84,8'inde sağlık probleminin bulunmadığı tespit edilmiştir. BKİ'ye göre sağlık problemi varlığının farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde iki grubun arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2= 2,99$ p < .05). Buna göre zayıf (%20,3) ve hafif şişman/şişman (19,5) grupların sağlık problemi varlığını ifade eden yüzde sıklık dağılımlarının, normal gruba göre daha fazla olduğu görülmektedir. Söz konusu analizlere ait sonuçlar Çizelge 3.4.'tedir.

Araştırmaya katılan ergenlerin %14,4'ünün ailesinde aşırı kilolu bireylerin olduğu, %85,6'sında ise olmadığı görülmektedir. BKİ'ye göre ailede fazla kilolu birey varlığının farklılaşp farklılaşmadığına bakıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık olduğu bulgulanmıştır ($\chi^2 = 7,009$ $p < .05$). Buna göre fazla kilolu/obez grupta (%22,1) ailede aşırı kilolu bireylerin bulunma durumunu gösteren yüzde sıklık dağılımı, zayıf (%9,1) ve normal (%14,8) gruba göre daha fazladır (Çizelge 3.4.).

Çizelge 3.4. Öğrencilerin BKİ'ye göre sağlık problemi varlığının ve ailelerinde fazla kilolu bireylerin varlığının dağılımı

| | Zayıf | | Normal | | Kilolu | | χ^2 | P |
|------------------------|-------|------|--------|------|--------|------|----------|-----------|
| | N | % | n | % | N | % | | |
| Sağlık problemi | | | | | | | 2,99 | $p < .05$ |
| Var | 29 | 20,3 | 51 | 12,6 | 15 | 19,5 | | |
| Yok | 114 | 79,7 | 354 | 87,4 | 62 | 80,5 | | |
| Kilolu akraba | | | | | | | 7,01 | $p < .05$ |
| Var | 13 | 9,1 | 60 | 14,8 | 17 | 22,1 | | |
| Yok | 130 | 90,9 | 345 | 85,2 | 60 | 77,9 | | |

Araştırmaya katılan ergenlerin günlük uyku süreleri incelendiğinde %8,4'ünün 3-5 saat arası, %88,1'inin 6-10 saat arası ve %3,5'inin 11 saat ve üzerinde uyudukları görülmüştür. BKİ ve uyku süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 2.760$, $p > .05$). Ergenlerin masa başında geçirdikleri süre ($\chi^2 = 7.907$, $p > .05$) ve fiziksel aktivite yapma durumları ($\chi^2 = 4.942$, $p > .05$) ile BKİ ilişkisi incelendiğinde de bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Çizelge 3.5.).

Araştırmaya katılan ergenlerin % 27,2'sinin günde 2-5 bardak arası, %49,9'unun 6-10 bardak arası ve % 22,9'unun 11 ve üzeri bardak su tükettikleri görülmektedir. BKİ'nin günlük su tüketim miktarlarına göre farklılaşp farklılaşmadığına bakıldığında bu iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2 = 22.209$, $p < .001$). 2-5 bardak ve 6-10 bardak arası su içenlerde, kilolu grubun yüzde sıklık dağılımı normal ve zayıf gruba göre daha azdır. 11 bardak ve üzeri su içenlerde ise kilolu grubun yüzde sıklık dağılımı normal gruba göre daha azken, zayıf gruptan biraz fazladır. Su tüketim miktarı ve BKİ ilişkisi (Çizelge 3.6.).'te gösterilmiştir.

Çizelge 3.5. Uyku süresi, masa başında geçen süre ve fiziksel aktivite yapma durumuna göre BKİ dağılımı

| | Zayıf | | Normal | | Kilolu | | χ^2 | P |
|--------------------------|-------|------|--------|------|--------|------|----------|---------|
| | n | % | n | % | N | % | | |
| Uyku süresi | | | | | | | 2.76 | p > .05 |
| 3-5 saat | 15 | 28,8 | 30 | 57,7 | 7 | 13,5 | | |
| 6-10 saat | 120 | 21,9 | 361 | 65,9 | 67 | 12,2 | | |
| 11 saat ve üzeri | 7 | 31,8 | 12 | 54,5 | 3 | 13,6 | | |
| Masa başı süresi | | | | | | | 7.91 | p > .05 |
| 1-3 saat | 47 | 22,4 | 140 | 66,7 | 23 | 11,0 | | |
| 4-6 saat | 77 | 25,2 | 191 | 62,4 | 38 | 12,4 | | |
| 7 saat ve üzeri | 18 | 17,3 | 71 | 68,3 | 15 | 14,4 | | |
| Fiziksel aktivite | | | | | | | 4.94 | p > .05 |
| Evet | 58 | 19,3 | 207 | 69,0 | 35 | 11,7 | | |
| Hayır | 85 | 26,2 | 198 | 60,9 | 42 | 12,9 | | |

Çizelge 3.6. Su tüketim miktarına göre BKİ dağılımı

| | Zayıf | | Normal | | Kilolu | | χ^2 | P |
|---------------------|-------|------|--------|------|--------|----|----------|----------|
| | n | % | n | % | N | % | | |
| Tüketilen su | | | | | | | 22.21 | p < .001 |
| 2-5 bardak | 57 | 33,7 | 100 | 59,2 | 12 | 7 | | |
| 6-10 bardak | 61 | 19,7 | 212 | 68,4 | 37 | 12 | | |
| 11 üzeri | 25 | 17,6 | 90 | 63,4 | 27 | 19 | | |

Araştırmaya katılan ergenlerin %51,3'ünün yemekleri az çiğneyip hızlı yedikleri, %48,7'sinin ise çok çiğneyip yavaş yedikleri görülmektedir. BKİ'ne göre yeme şeklinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde iki grubun arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2= 15.406$, $p < .001$). Fazla kilolu/obez grupta az çiğneyip hızlı yemek yiyenlerin yüzde sıklık dağılımı, zayıf ve normal gruba oranla fazla bulunmuştur (Çizelge 3.7.).

Katılımcıların ergenliğe giriş yaşı ile BKİ arasındaki ilişkiye Pearson korelasyon analizi ile bakılmış ve aralarında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -.142$, $p < .01$). Buna göre ergenliğe giriş yaşı azaldıkça beden kitle indeksinin arttığı söylenebilir.

Çizelge 3.7. BKİ'ye göre yeme şekli dağılımı

| | Zayıf | | Normal | | Kilolu | | χ^2 | P |
|---------------------------|-------|------|--------|------|--------|------|----------|---------|
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Yeme Şekli | | | | | | | 15.41 | p< .001 |
| Az çiğnerim, hızlı yerim | 53 | 37,3 | 219 | 54,5 | 45 | 60,8 | | |
| Çok çiğnerim, yavaş yerim | 89 | 62,7 | 183 | 45,5 | 29 | 39,2 | | |

Öğünlerin sıklıklarıyla ilgili alınan bilgilere bakıldığında (Çizelge 3.8.). Ergenlerin %59'unun kahvaltıyı her zaman, %33,3'ünün bazen yaptıkları ve %7,8'inin ise hiç yapmadığı görülmüştür. Kahvaltı yapma ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bulunmamıştır. Kuşluk öğününü hiç yapmayanların fazla kilolu/obez grupta (%70,1), zayıf (%55,3) ve normal kilolu (%61,5) gruba göre daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Öğle yemeğini her zaman yapanların zayıf (%77,3) ve normal grupta (%77,3), fazla kilolu/obez (%67,5) gruba göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). İkinci ve akşam öğünlerini yapma ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Gece öğününü her zaman yapanların zayıf grupta (%12,1) daha fazla olduğu; fazla kilolu/obez grubun (%10,4) ise normal kilolu gruptan (%7,3) daha sık yaptığı bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Araştırmaya katılan ergenlerin hangi besinleri ne sıklıkta tükettiklerini belirlemek amacıyla süt, peynir, yoğurt, ayran, sütlü tatlı, yumurta, kırmızı et, tavuk, balık, kuru baklagil, taze meyve, sebze, kuru meyve, taze sıkılmış meyve suyu, ekmek, pirinç, bulgur, makarna, gazlı içecekler, hazır meyve suları, hazır çorbalar, cips, hamburger/pizza, lahmacun/pide, kumpir, şeker/çikolata ve hazır keki ne sıklıkta tükettikleri sorulmuştur. Bu besinleri tüketme sıklıklarının BKİ'ne göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında, taze meyve suyu ($\chi^2= 18.571$, p < .01), makarna ($\chi^2= 20.708$, p < .01), ve şeker/çikolata ($\chi^2= 23.217$, p < .01) tüketimi ve BKİ arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Fazla kilolu grupta olanların taze meyve suyunu tüketme yüzde sıklık dağılımı, zayıf ve normal gruba kıyasla daha az bulunmuştur. Makarnayı her gün tüketenler, fazla kilolu/obez grupta daha fazladır. Şeker ve çikolata tüketenler ise zayıf grupta daha fazladır. Sözü geçen besinlerle BKİ arasında anlamlı ilişkiye sahip olanlar Çizelge 3.9.'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.8. Ergenlerin BKİ'ye göre öğünlerini gerçekleştirme sıklıkları

| | Zayıf | | Normal | | Kilolu | | χ^2 | P |
|-----------------|--------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|----------|----------|
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Kahvaltı | | | | | | | 3,53 | p > .05 |
| Her zaman | 86 | 60,6 | 240 | 60 | 39 | 50,6 | | |
| Bazen | 43 | 30,3 | 131 | 32,8 | 32 | 41,6 | | |
| Hiçbir zaman | 13 | 9,2 | 29 | 7,3 | 6 | 7,8 | | |
| Kuşluk | | | | | | | 10.72 | p < .05 |
| Her zaman | 14 | 9,9 | 28 | 7 | 10 | 13 | | |
| Bazen | 49 | 34,8 | 126 | 31,5 | 13 | 16,9 | | |
| Hiçbir zaman | 78 | 55,3 | 246 | 61,5 | 54 | 70,1 | | |
| Öğle | | | | | | | 11.28 | p < .05 |
| Her zaman | 109 | 77,3 | 309 | 77,3 | 52 | 67,5 | | |
| Bazen | 20 | 14,2 | 76 | 19 | 22 | 28,6 | | |
| Hiçbir zaman | 12 | 8,5 | 15 | 3,8 | 3 | 3,9 | | |
| İkinci | | | | | | | 6,48 | p > .05 |
| Her zaman | 29 | 20,6 | 49 | 12,3 | 11 | 14,3 | | |
| Bazen | 58 | 41,1 | 167 | 41,8 | 31 | 40,3 | | |
| Hiçbir zaman | 54 | 38,3 | 184 | 46 | 35 | 45,5 | | |
| Akşam | | | | | | | 7,99 | p > .05 |
| Her zaman | 125 | 88,7 | 358 | 89,5 | 69 | 89,6 | | |
| Bazen | 12 | 8,5 | 38 | 9,5 | 4 | 5,2 | | |
| Hiçbir zaman | 4 | 2,8 | 4 | 1 | 4 | 5,2 | | |
| Gece | | | | | | | 14.05 | p < .01 |
| Her zaman | 17 | 12,1 | 29 | 7,3 | 8 | 10,4 | | |
| Bazen | 59 | 41,8 | 125 | 31,3 | 18 | 23,4 | | |
| Hiçbir zaman | 65 | 46,1 | 246 | 61,5 | 51 | 66,2 | | |

Çizelge 3.9. Ergenlerin BKİ'ne göre besin tüketim sıklıkları

| | Zayıf | | Normal | | Kilolu | | χ^2 | P |
|-----------------------|-------|------|--------|------|--------|------|----------|---------|
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Taze mey. Suyu | | | | | | | 18.57 | p < .01 |
| Hergün | 19 | 13,5 | 40 | 10,2 | 6 | 8,1 | | |
| Haftada 3-4 gün | 30 | 21,3 | 85 | 21,6 | 10 | 13,5 | | |
| Haftada 1-2 gün | 54 | 38,3 | 187 | 47,6 | 27 | 36,5 | | |
| Hiç | 38 | 27 | 81 | 20,6 | 31 | 41,9 | | |
| Makarna | | | | | | | 20.71 | p < .01 |
| Hergün | 9 | 6,3 | 28 | 7 | 7 | 9,5 | | |
| Haftada 3-4 gün | 55 | 38,5 | 115 | 28,8 | 7 | 9,5 | | |
| Haftada 1-2 gün | 73 | 51 | 232 | 58,1 | 56 | 75,7 | | |
| Hiç | 6 | 4,2 | 24 | 6 | 4 | 5,4 | | |
| Şeker/Çikolata | | | | | | | 23.22 | p < .01 |
| Hergün | 39 | 27,7 | 93 | 23,5 | 12 | 15,8 | | |
| Haftada 3-4 gün | 46 | 32,6 | 156 | 39,4 | 18 | 23,7 | | |
| Haftada 1-2 gün | 46 | 32,6 | 129 | 32,6 | 34 | 44,7 | | |
| Hiç | 10 | 7,1 | 18 | 4,5 | 12 | 15,8 | | |

3.2. Değişkenlerin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Korelasyon Analizi Sonuçları

Araştırmanın ölçeklerinden elde edilen ortalama puanlar, standart sapmaları ve minimum maksimum değerleri çizelge 3.10.'da gösterilmiştir.

Çocukluk depresyonu ölçeğinin kesme noktası olan 19 ile katılımcılar iki gruba ayrıldığında; kesme puanının altında puan alanların oranı %79,8 iken, üzerinde puan alanların oranının %20,2 olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.10. Ergenlerin yanıtlarına göre elde edilen toplam puanların tanımlayıcı istatistikleri

| | Ort. | SS | Min. | Max. |
|-------------------------------|-------------|-----------|-------------|-------------|
| BKİ | 20,32 | 3,08 | 12,4 | 36,3 |
| ÇDÖ | 12,88 | 7,87 | 0 | 48 |
| SYBDÖ | 129,58 | 21,95 | 72 | 185 |
| Sağlık sorumluluğu | 18,12 | 5,01 | 9 | 35 |
| Fiziksel aktivite | 17,95 | 5,45 | 8 | 32 |
| Beslenme | 19,92 | 4,07 | 11 | 32 |
| Manevi gelişim | 26,96 | 5,07 | 12 | 36 |
| Kişilerarası ilişkiler | 26,21 | 4,97 | 9 | 36 |
| Stres yönetimi | 20,39 | 4,10 | 8 | 30 |
| EKÖ | | | | |
| -PKÖ | 59,23 | 16,33 | 32 | 125 |
| Suçluluk yükleme | 26,30 | 7,60 | 15 | 59 |
| Sevgi esirgeme | 32,92 | 9,30 | 17 | 66 |
| -DKÖ | 61,25 | 12,49 | 20 | 80 |
| Haberdarlık | 38,90 | 7,51 | 12 | 48 |
| İzleme | 22,34 | 5,86 | 8 | 32 |

BKİ'nin depresyon varlığına göre dağılımına bakıldığında kilolu grupta depresyonu olanların yüzde sıklık dağılımının normal ve zayıf gruba göre daha fazla olduğu; ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulgulanmıştır.

Çizelge 3.11. BKİ'nin depresyon varlığına göre dağılımı

| | Zayıf | | Normal | | Kilolu | | χ^2 | P |
|------------------|--------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|----------|----------|
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Depresyon | | | | | | | 2.95 | p > .05 |
| Var | 32 | 22,4 | 74 | 18,3 | 20 | 26 | | |
| Yok | 111 | 77,6 | 331 | 81,7 | 57 | 74 | | |

Çocukluk depresyonu ölçeği, Ebeveyn kontrol ölçeğinin alt boyutları olan psikolojik kontrol ve davranışsal kontrol ölçekleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden elde edilen toplam puanlar ve katılımcıların beden kitle indeksleri arasında

nasıl bir ilişki olduğunu incelemek amacıyla katılımcılardan elde edilen yanıtlar “Pearson Korelasyon Analizi” uygulanarak karşılaştırılmış ve sonuçlar Çizelge 3.12.’de verilmiştir.

Çizelge 3.12. Beden kitle indeksi, çocukluk depresyonu ölçeği, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve ebeveyn kontrolü alt boyutları arasındaki korelasyonlar

| | BKİ | ÇDÖ | SYBDÖ | EKÖ-PKÖ | EKÖ-DKÖ |
|----------------|------------|------------|--------------|----------------|----------------|
| BKİ | - | | | | |
| ÇDÖ | 0,08* | - | | | |
| SYBDÖ | -0,02 | -0,40** | - | | |
| EKÖ-PKÖ | 0,14** | 0,40** | -0,10* | - | |
| EKÖ-DKÖ | -0,07 | -0,30** | 0,38** | -0,17** | - |

*Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Yapılan korelasyon analizinde, ergenlerin beden kitle indeksleri ile çocukluk depresyonu ölçeği ve alt boyutu olan psikolojik kontrolden elde edilen toplam puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre, ergenlerin beden kitle indeksleri arttıkça depresyon düzeylerinin ve anneden algıladıkları psikolojik kontrolün arttığı söylenebilir.

Çocukluk depresyonu ölçeğinin toplam puanları ve diğer ölçeklerden elde edilen toplam puanlar kıyaslandığında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve ebeveyn kontrol ölçeğinin alt boyutu olan davranışsal kontrol toplam puanları arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. Çocukluk depresyonu ölçeği ve ebeveyn kontrol ölçeğinin alt boyutu olan psikolojik kontrol toplam puanları arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. Buna göre, ergenlerin depresyon düzeyleri arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azaldığı, annelerinden algıladıkları davranışsal kontrolün azaldığı ve psikolojik kontrolün ise arttığı söylenebilir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve davranışsal kontrol toplam puanları arasında anlamlı pozitif bir ilişki elde edilirken; psikolojik kontrol arasında anlamlı negatif bir ilişki elde edilmiştir. Buna göre ergenlerin annelerinden algıladıkları davranışsal kontrol arttıkça ve psikolojik kontrol azaldıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı söylenebilir.

Psikolojik kontrol ile davranışsal kontrol arasında anlamlı negatif ilişki bulgulanmıştır. Buna göre ergenlerin ailelerinden algıladıkları davranışsal kontrol artarken, psikolojik kontrolün azaldığı söylenebilir.

3.3. Fazla Kiloluluk ve Obezite Yordayıcılarının Belirlenmesi

Hiyerarşik regresyon analizinde eşitliğe ilk adımda literatürdeki veriler ışığında obezite için risk faktörü olduğu bilinen değişkenler alınmıştır. Bunlar; cinsiyet, aylık gelir, başarı durumu, sağlık problemi olup olmaması, ailede fazla kilolu birey bulunup bulunmaması, yemek yeme şekli, günlük tüketilen su miktarı, alkol ve sigara kullanımı, masa başında geçen süre, fiziksel aktivite, günlük uyku süresi ve ergenliğe giriş yaşı gibi demografik bilgiler ve/veya fizyolojik durumlara ilişkin birtakım özelliklerdir. Bu değişkenler ilk basamakta denkleme sokularak açıkladıkları varyans istatistiksel olarak kontrol edilmiştir. İkinci basamakta ise denkleme psikolojik durumları yansıtacağı düşünülen depresyon, sağlıklı yaşam biçimleri davranışları ve ebeveyn kontrolü ölçeğinin alt boyutları olan psikolojik kontrol ve davranışsal kontrol hiyerarşik olarak önerilmiştir.

Formüle edilen bu regresyon denklemi sonuçlarına göre, ilk basamaktaki kontrol değişkenlerinden tüketilen su miktarı [$\beta = -.215$, $t(17,528) = -3.991$, $p < .001$], yemek yeme şekli [$\beta = .183$, $t(17,528) = 4,290$, $p < .001$], ailede fazla kilolu birey bulunması [$\beta = -.145$, $t(17,528) = -3.510$, $p < .001$] ve ergenliğe giriş yaşı [$\beta = -.107$, $t(17,528) = -2.565$, $p < .05$] beden kitle indeksi ile anlamlı ilişki göstermiştir. Geriye kalan cinsiyet, aylık gelir, sigara ve alkol kullanımı, uyku süresi, masa başında geçen süre, başarı durumu ve fiziksel aktivite yapma BKİ ile anlamlı ilişki göstermemiştir. Anlamlı ilişki ortaya koyan dört kontrol değişkeni varyansın %13'ünü açıklamıştır [$F(17,528) = 4.631$, $p < .001$]. Açıklanan bu varyans kontrol edildikten sonra ikinci basamakta denkleme önerilen psikolojik etkili değişkenlerden sadece ebeveyn kontrolünün alt boyutlarından biri olan “psikolojik kontrol boyutu” [$\beta = .114$, $t(18,527) = 2.667$, $p < .01$] beden kitle indeksiyle anlamlı ilişki göstermiş ve 2. basamakta denkleme girmiştir. Depresyon değişkeni modele girememiştir. Psikolojik kontrol değişkeninin denkleme girmesiyle [$F(18,527) = 4.820$, $p < .001$] açıklanan toplam varyans %14'e ulaşmıştır. Bu sonuca göre, tüketilen su miktarı, yemek yeme şekli, ailede fazla kilolu birey bulunma durumu ve ergenliğe giriş yaşının açıkladığı varyans kontrol edildikten sonra, “psikolojik kontrol boyutu” ndaki artış halen beden kitle indeksindeki artışla eşleşmektedir (çizelge 3.13.).

Çizelge 3.13. BKİ'nin yordanmasına ilişkin hiyerarşik regresyon sonuçları

| | β | t | ΔR^2 |
|--|---------|----------|--------------|
| 1.Fizyolojik ve davranışsal Değişkenler | | | 0,13 |
| Su miktarının az olması | -0,21 | -3,99*** | |
| Yeme şekli (hızlı yeme) | 0,18 | 4,29*** | |
| Kilolu akraba | 0,14 | 3,51*** | |
| Ergenlik yaşı (erken) | -0,11 | -2,56* | |
| 2.Psikolojik değişkenler | | | 0,14 |
| Psikolojik kontrol | 0,11 | 2,67** | |

*(p < .05), **(p < .01), ***(p < .001)

4. TARTIŞMA

Bu araştırmada cinsiyet, aylık gelir, başarı durumu, sağlık problemi olup olmaması, ailede fazla kilolu birey bulunup bulunmaması, yemek yeme şekli, günlük tüketilen su miktarı, alkol ve sigara kullanımı, masa başında geçen süre, fiziksel aktivite, günlük uyku süresi, ergenliğe giriş yaşı, oğnlerin düzeni ve besinleri tüketme durumu değişkenlerinin beden kitle indeksine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiş; ayrıca bu değişkenler kontrol edildiğinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları, aileden algılanan kontrol şekli ve depresyon düzeyinin fazla kiloluluk ve obeziteyi yordayıcı gücü test edilmiş ve araştırılmıştır. Obezite hakkında ülkemizde yapılan çalışmaların çoğunlukla obezite yaygınlığını saptamak amaçlı olduklarını görebiliriz. Çalışmamızda ise ulaşılan frekans ve yüzde bilgileri ile ergenlerin demografik ve obeziteye ilişkin fizyolojik özelliklerini detaylandırma hedeflenmiş, ayrıca psikolojik boyutun obezite ile olan bağlarını sunmanın fayda sağlayabileceği dşnlmştır.

Obezite tüm dünyada insan sağlığı açısından tehdit edici önemli bir unsurdur ve çalışmalar obezitenin her geçen yıl arttığını bildirmektedir. Genel olarak dünya yetişkin popülasyonunun %10'unundan fazlasının obez olduğu belirlenmiştir (WHO 2013). Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde Sağlık Bakanlığı tarafından sürdürülen TBSA-2010'a göre 6-18 yaş arası ocuk ve ergenin %22,5'inin fazla kilolu veya obez olduğu bulunmuştur (SB ve H 2014). Türkiye İstatistik Kurumunun 2012 verilerine göre ise gençlerin %18,6'sı fazla kilolu veya obezdir (TÜİK 2013). Çalışmamızda elde edilen fazla kiloluluk ve obezite oranı diğer çalışmalara kıyasla daha düşük sıklıktadır. Çalışmaya katılan ergenlerin beden kitle indekslerine göre dağılımında %22,9'unun çok zayıf veya zayıf, %64,8'inin normal kilolu, %12,3'ünün ise fazla kilolu veya obez olduğu bulunmuştur. Araştırma, obeziteye odaklanırken, aslında bir o kadar da normal kilosunun altında katılımcıya erişmesi önemli bir bulgu niteliği taşımaktadır. Gelişmiş ülkelere ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalara kıyasla fazla kiloluluk ve obezite yaygınlığının düşük tespit edilmiş olması, sorunun en azından Aydın'da henüz ciddi boyutlara ulaşmadığını göstermesi açısından emlidir. Yapılan çalışmalarda koruyucu niteliklere daha çok odaklanarak tüm dünyayı etkileyen bu sağlık sorunundan toplumsal olarak daha az zarar görmeyi hedefleyebiliriz. Çalışmamızda fazla kiloluluk ve obezite sıklığının düşük

bulunmasının katılımcıların kilo ve boy bilgilerinin öz bildirim yöntemiyle elde edilmiş olmasıyla da açıklanabileceği düşünülmüştür. Ergenlik dönemiyle birlikte değişen beden algısı ve beğenilme arzusu ve buna ek olarak ölçeklerin doldurulması sırasında sınıf arkadaşlarının kendi bilgilerini görme ihtimali göz önünde bulundurulduğunda, katılımcıların gerçek kilolarından daha düşük bir kilo ya da gerçek boylarından daha uzun bir boy bilgisi vermiş olabilirler.

Yapılan çalışmalar obezitenin tek bir nedeni olmadığını, aksine birçok faktörden ve bu faktörlerin etkileşiminden etkilenebileceğini göstermiştir. Cinsiyet bu faktörlerden birisidir. DSÖ verilerine göre kadınlardaki obezite oranı erkeklerden fazladır (WHO 2013). Ülkemizde de benzer sonuçlar elde edilmiş; kadınlardaki obezite oranı erkeklerden daha fazla bulunmuştur. Ancak fazla kiloluluk oranlarında bu durum tam tersine dönüşmüştür. Fazla kilolu erkeklerin kadınlardan daha fazla olduğu bulunmuştur (TÜİK 2013). Bazı çalışmalarda ise obezitenin kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmiştir (Yumuk 2005; Ayar 2009). Çalışmamızda fazla kilolu/obez grubunda erkekler daha fazla gibi görünmekle birlikte fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.

Sosyoekonomik düzey de, obeziteyi etkileyen faktörlerden birisi olarak kabul edilmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmaların çoğu, yüksek gelirli ailelerde obezite riskinin de daha yüksek olduğunu göstermiştir (Tuncer 2007; Öncü 2009; Öztürk ve Aktürk 2011). Yurtdışında yapılan çalışmalarda değişken sonuçlar elde edilmiştir. Wardle ve arkadaşları (1996), düşük sosyoekonomik düzeyin obezite için risk faktörü olduğunu bildirmiştir. Bir gözden geçirme çalışmasında, gelişmiş ülkelerde bulunan kadınlar için obezite ve sosyoekonomik düzey arasında ters yönde ilişki olduğu bildirilmiştir (Sobal ve Stunkard 1989). Tayland’da yapılan bir çalışmada ise yüksek gelirlilerin çocuklarında obezite riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Mo-suwan ve Geater 1996). Çalışmamızın bulguları literatürden elde edilen bu bilgilerle uyum göstermemiş; beden kitle indeksi ve aylık gelirin ilişkili olmadığı saptanmıştır. Araştırmamızda sosyoekonomik düzey 3 grupta incelenmiştir. Üçüncü grup 2001 lira ve üzeri olarak belirlenmiştir. Bu sınıflandırma şekline kaynaklı olarak gruplar arasında fark bulunmamış olabilir.

Obezite için risk faktörlerinden birisi de hareket azlığı olarak belirtilmektedir. Ayiesah ve arkadaşları (2013)’nın çalışmasında BKİ ve fiziksel aktivite alışkanlığı arasında güçlü bir ilişki olduğu kanıtlanmıştır. Bu ilişki yurtiçi ve dışında yapılan birçok araştırmada da aynı şekilde sonuçlanmıştır (Vanhala ve ark 2009; Sisson ve ark 2010;

Özkan ve ark 2013). Ancak çalışmamızda masa başında geçirilen hareketsiz süre ve fiziksel aktivite yapma durumu ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun nedenine baktığımızda BKİ gruplarını oluşturma tarzının etkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda fazla kilolu ve obez bireyler birleştirilerek bir grup oluşturulmuştur. Bu grupta fazla kilolu bireylerin oranı daha fazladır. Fazla kiloluların obez olmamak adına fiziksel aktivite düzeylerine daha fazla önem verdiği düşünülebilir. Zira normal kilolu gruptakilerin yaptığına yakın oranda fiziksel aktivite yaptıkları görülmektedir. Fiziksel aktivite ve obezite arasındaki ilişkinin bu sebeple anlamlı çıkmadığı kanaatine varılmıştır. Bunun dışında fiziksel aktivitenin obezite için daha çok koruyucu bir mekanizma olarak çalıştığı söylenebilir. Denizli’de yapılan bir araştırmada, obezitenin önlenmesi için katılımcılara fiziksel aktivite ile ilgili bir müdahale programı hazırlanmıştır. Müdahale sonrasında fiziksel aktivite programını uygulayan deney grubunun BKİ’lerinde kontrol grubuna göre anlamlı oranda azalma olduğu saptanmış ve fiziksel aktivitenin obeziteyi önleyebileceği sonucuna varılmıştır (Sevinç ve ark 2011). Yapılan başka bir araştırmada ise artan fiziksel aktivite düzeyinin obezite üzerinde tek başına düşük düzeyde etkisinin olduğu saptanmıştır. Bu durum obezitenin çok faktörlü bir yapıya sahip olduğu düşüncesini kanıtlar niteliktedir.

Buraya kadar olan tartışma bölümü, obezite ile ilişki halinde olması beklendiği halde analizlerimizde ilişki bulmadığımız önemli değişkenlerle ilgiliydi. Analiz sonuçlarımıza göre BKİ ile ilişki içerisinde olan değişkenlerden birisi sağlık probleminin varlığıdır. Herhangi bir sağlık problemi olanların oranı hem kilolu hem de zayıf grupta normal gruba göre daha fazla bulunmuştur. Bu durum literatür tarafından da desteklenmektedir. Obezitenin vücudun yapısında ve fonksiyonlarında değişikliklere yol açması sonucu birçok hastalığa sebep olduğu belirtilmektedir. Kalp üzerindeki yarattığı yapısal değişiklikler sebebiyle tek başına kardiyovasküler riski artırmaktadır (Samur ve Yıldız 2012). Antalya’da yapılan bir çalışmada fazla kilolu ya da obez olan hanelerde diyabet hastalığı olanların normal kilolulara kıyasla daha fazla olduğu bulunmuştur (Beyaz ve Koç 2011). Diyabet, kalp ve damar hastalıkları dışında obezitenin, tansiyon ve solunum sistemi rahatsızlıklarına da etki ettiği bulunmuştur (Sur ve ark 2005; Lobstein 2010). Bu hastalıkların oldukça ciddi sonuçlar doğurduğu hatta ölüme yol açtığı düşünüldüğünde obezite ve fazla kilodan kurtulmak ya da oluşmasını önlemek fazlasıyla önem kazanmaktadır.

Obezitenin genetik bir temel oluşturduğu çalışmalar tarafından ortaya koyulmuştur. Obezitede kalıtımın rolünün olduğunu destekleyen en önemli bulgular, tek yumurta ikizleriyle yapılan çalışmalardan elde edilmiştir. Bu çalışmalarda tek yumurta ikizlerinin BKİ'leri çift yumurta ikizlerine göre daha uyumlu bulunmuştur (Sorensen ve ark 1989). Ayrıca, ailesel eğilim de obezitenin en güçlü genetik açıklayıcısı olarak görülmektedir. Ailesinde obezite öyküsü bulunan çocukların obez olma durumu açısından anlamlı oranda risk altında olduklarını bulgularan birçok çalışma mevcuttur (Mo-suwan ve Geater 1996; Günöz 2001; Gürel ve İnan 2001; Tola ve ark 2007; Turan ve ark 2009). Çalışmamızda elde edilen bulgular da literatürü destekler niteliktedir. Bu durum obezitenin genetik bileşeninin önemini ortaya koymaktadır. Genetik boyutun çevre ile etkileşiminin de oldukça önemli olduğu göz önünde bulundurulduğunda ailesinde obezite öyküsü bulunan çocuk ve ergenlerin, obezitenin çevresel risk faktörleri konusunda daha temkinli davranması ve gerekli önlemleri alması gerekliliği akla gelmektedir.

Biyolojik olarak etki sağlayan faktörlerden birisi de ergenliğe giriş yaşıdır. Yapılan çalışmalar, kızlarda menarş yaşı ve BKİ ya da kilo arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu göstermiştir. Özellikle 12 yaşından önceki menarş, yetişkinlikte kilonun, BKİ'nin ve deri kalınlığının yüksek çıkmasıyla ilişkili bulunmuştur (Okasha 2001; Freedman 2003). Wang (2002), çalışmasında erken yaşta menarş olan kızların yetişkinlikte obez ve fazla kilolu olma ihtimalinin daha yüksek olduğunu bulgularken, erkekler için bu durumunun tam tersi olduğunu ortaya koymuştur. Ancak çalışmalar erkeklerdeki durumu kızlar kadar incelememiştir. Kilo ve menarş arasındaki ilişki için 1970'lerde Frisch "kritik kilo(yağ) hipotezi"ni öne sürmüştür. Bu hipoteze göre kızların menarş başlangıcı için vücudun belirli bir yağ yüzdeliğine ulaşmış olması gereklidir, yani daha kilolu kızların daha erken menarş olacağını öne sürmüştür (akt; Wang 2002). Daha sonra bu hipotez çokça sorgulanmış ve eleştirilmiştir. Artan kanıtlarla birlikte olgunlaşma zamanının vücut kompozisyonunu etkilediği öne sürülmeye başlanmıştır (Guo ve ark 1997; Kaplowitz ve ark 2001). Bu durumun, cinsel olgunlaşmayla ilgili hormonların yağ dokusunun gelişmesini etkileyebilmesine atfedilebileceği düşünülmüştür (Wang 2002). Bizim çalışmamızda da literatürü destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiş, BKİ ile ilk ergenliğe giriş yaşı arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur.

Beslenme çocuk sağlığında çok önemli bir unsurdur. Bir çocuğun fiziksel, bilişsel ve duygusal büyüme ve gelişmesinde, sağlıklı beslenme tarzı olumlu etki sağlarken;

tüketilen besin miktarlarının fazla oluşu olumsuz birtakım sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Bu noktada obezite ile beslenme arasındaki ilişkinin, literatürde oldukça fazla çalışıldığı ve önemli sonuçlar ortaya çıkardığı görülmüştür. Özellikle abur cubur ve yüksek kalorili ürünlerin tüketimi ile obezite arasında ilişki olduğu ortaya koyulmuştur (Öncü 2009). Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak her gün makarna tüketenlerin oranı, kilolu grupta daha fazla çıkmıştır. Taze meyve suyu tüketimi ise kilolu grupta daha az çıkmıştır. Ancak şeker-çikolata tüketiminin zayıf grupta daha fazla olması dikkati çekmiştir. Bu durum katılımcıların damak tatlarıyla ilgili bir tercih olabilir. Diğer besinlerle BKİ arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda özellikle bazı gıda gruplarının tüketimiyle obezite arasında ilişki beklenmiş ancak bulunmamıştır. Bu durumun, ilgili gıdaların tüketilme miktarlarının ölçülmemesinden, sadece ne sıklıkla tüketildiğinin sorulmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Sağlıklı beslenmenin günde sadece üç öğün şeklinde ve eksiksiz olması gerektiği düşüncesi, şişmanlığın yaygın nedenlerinden olarak bilinmektedir. Çocukluklarında aileleri tarafından bu duruma zorlananlar, bu alışkanlıklarını hayatları boyunca sürdürebilir. Oysa sağlıklı beslenme için gerekli olan durum, üç öğün abartısız oranlarda yenen yemeğin hafif ara öğünlerle desteklenmesidir (Guyton'dan akt; Altunkaynak ve Özbek 2006). Yapılan çalışmalarda öğün atlayan bireylerde obezite görülme oranının daha fazla olduğu kanıtlanmıştır (Turan ve ark 2006). Ancak bazı çalışmalar sık ve az beslenme ile zayıflık arasında böyle bir ilişki olmadığını bulgulamıştır (Cameron ve ark 2010). Bizim çalışmamızda kuşluk, öğle ve gece öğünlerinin BKİ ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna göre kilolu grubun %70'inin kuşluk öğününü yapmadığı ve bu oranın diğer gruplardan anlamlı oranda yüksek olduğu bulunmuştur. Öğle yemeğinin her zaman düzenli olarak yapılması da kilolu grupta daha düşük bulunmuştur. Gece öğününe baktığımızda kilolu grupta her zaman yapanların oranı normal gruba göre daha fazla bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar literatürü destekler niteliktedir. Öğün atlanmasının kilo alımına yol açtığı gözlenmiştir. Gece yenen öğünlerin ise sindiriminin yapılmadan uykuya geçilmesi sebebiyle kilo alımına sebep olduğu düşünülebilir.

Su, insan yaşamının vazgeçilmez bir parçasıdır. Besinsiz kalarak haftalarca canlılığını sürdürebilen insan, susuzluk durumunda ancak birkaç gün yaşayabilmektedir. İnsan vücudundaki su oranı farklı faktörlere göre %45 ile %75 arasında değişmektedir. Ortalama olarak %60'ının su olduğu bilinmektedir. Vücut fonksiyonlarının çalışmasında su

son derece önemli rol oynamaktadır. Suyun vücudumuzdaki işlevine daha detaylı bakıldığında birçok noktada görev aldığı görülmektedir. Bunlar şu şekilde özetlenebilir; besinlerin sindirimi, emilimi ve hücrelere taşınması, hücre-doku-organ ve sistemlerin düzenli çalışması, vücutta oluşan zararlı maddelerin taşınması ve atılması, sindirim sisteminin düzenli çalışması, vücut ısısı denetiminin sağlanması, eklemlerin kayganlığının sağlanması ve birçok biyokimyasal olayların gerçekleşmesi (SB s.112). Vücudumuza bu kadar yararı bulunan bir maddenin eksik kalması sonucu, bütün vücut sisteminin bozulacağı ve sağlığımızın zarar göreceği açıkça ortadadır. Sindirim sisteminin düzenli çalışması öncelikle sağlıklı besinlerle beslenmeyi ve sonrasında ise yeterince su içmeyi gerektirmektedir. Çünkü vücuttaki su yetersiz kaldığında, sindirim kanalında yiyeceklerin taşınması ve parçalanması güçleşmektedir. Sindirim sistemindeki ufak bir sorun ise sağlığın bozulması ile sonuçlanabilir. Kabızlık, ishal, ülser, hassas barsak sendromu gibi sindirim sistemi rahatsızlıklarının önüne geçilebilmesi için, dengeli beslenmek ve normal koşullarda günde en az 2 litre su içmek gerekmektedir (Akbulut ve ark 2008). Sindirim sisteminin düzenli çalışmaması vücudun kilo kontrolünde önemli aksaklıklar ortaya çıkaracağını düşündürmektedir.

Günlük su tüketimini artırmak, bir kilo verme stratejisi olarak genel toplum bakış açısıyla kabul edilmiş olmakla birlikte bu konuyu destekleyen aslında çok az veri bulunmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar, enerji alımının su içenlerde içmeyenlere kıyasla anlamlı olarak daha az olduğunu belirtmektedir (Popkin ve ark'dan akt; Dennis ve ark 2010). Yapılan araştırmaların birinde fazla kilolu bireylerin tatlandırılmış kalori içeren içecekler yerine su içmeyi tercih ettiklerinde enerji alımlarının azaldığı bulgulanmıştır. Ayrıca günlük su tüketiminin artması, artan kilo kaybıyla ilişkili bulunmuştur. Rakamsal olarak ele alındığında 12 aylık bir süreçte fazla kilolu kadınların yaklaşık 2 kilo verdikleri belirlenmiştir (Stookey ve ark 2007). Su ve kilo arasındaki ilişkiye bir başka çalışmada bakıldığında yemek yerken su tüketilmesinin açlık oranını azalttığı ve doyum oranını arttırdığı bulgulanmıştır. Ancak bu durumun yemekten sonra ne kadar süre muhafaza edildiğine dair net bilgiler bulunmamaktadır (DellaValle 2005). Davy ve arkadaşları (2008) da yemekten önce tüketilen suyun fazla kilolu ve obez yetişkinlerde enerji alımını azalttığını ortaya koymuş ve su tüketimin artırılmasının bir kilo kontrol stratejisi olarak kullanılabileceğini önermiştir. Sonuç olarak yeterli miktarda su tüketiminin sağlığa yararlı olduğu, vücudun işlevlerini yeterine getirmesinde aktif bir rol üstendiği ve kilo kontrolüyle ilgili doğrudan olmasa da ilişki içerisinde olduğu söylenebilir. Çalışmamızda günlük su

tüketimi ve beden kitle indeksi arasındaki ilişkiye bakılmış ve az-orta-çok su içen grupların her birinde kilolu grubun daha az olduğu, yani kiloluların daha az su içtiği sonucuna ulaşılmıştır. Böylelikle literatürden elde edilen bilgilerin desteklendiği söylenebilir.

Hızlı yeme ve az çiğneme de obezite oluşumunda kolaylaştırıcı bir faktördür. Yapılan çalışmalarda fazla kilolu ve obezlerin kontrol grubuna göre yemeklerini daha hızlı yedikleri tespit edilmiştir (Wu ve ark 2008; Öztürk ve Aktürk 2011; Çayır ve ark 2011). Çalışmamızdan elde edilen bulgular literatürü destekler niteliktedir. Bu noktada sağlığı geliştirmek söz konusu olduğunda, sadece ne yediğimiz değil, nasıl yediğimiz de önem kazanmaktadır. Sindirim sisteminin temel organının mide olduğu ancak sindirim işleminin esas olarak ağızda başladığı herkes tarafından bilinmektedir. Yediğimiz besinler dişlerimiz sayesinde küçük parçalara ve tükürük sayesinde de daha küçük parçalara ayrılır. Ayrıca çiğneme işlemi sindirim stresini azaltır ve hazmı kolaylaştırır. Ancak insanlar birçok faktörün etkisiyle yemeklerini çok hızlı bir şekilde yeterince çiğnemenen yiyebilmektedir. Ağızda yeterince işlem görmeyen besinlerin mideye geçmesi, özellikle sindirim sistemi sorunlarının ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir. Olması gereken akışında gerçekleşmeyen bu düzenin sonunda fazla kiloluluk ve obezitenin ortaya çıkması da muhtemel görünmektedir. Buna ek olarak hızlı yemek yeme, doygunluk hissi oluşuncaya kadar alınan gıda miktarının artmasına ve fazla kalori alımına neden olabilir.

DSÖ'ye göre sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyi olma halidir (WHO 2003). İyi olma halinin sağlanmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları adı altında altı alt boyut önerilmiştir. Bunlar; manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir (Pender'den akt; Bahar ve ark 2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının araştırıldığı çalışmalara bakıldığında Zaybak ve Fadilloğlu (2004)'nun yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin ölçek puan ortalamaları 121,8 olarak bulunmuştur. Al-Kandari ve Vidal (2007) tarafından Kuveyt'te yaşayan hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmada ölçek puan ortalaması 128,16 olarak bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada ölçekten alınan toplam ortalama puan 121,20 olarak saptanmıştır (Cürcani ve ark 2010). Bizim çalışmamızda ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanları 129,58 olarak bulunmuştur. Elde edilen bu puanın diğer çalışmalarda bulgularan puanlara göre biraz daha yüksek olduğu görülmektedir. Üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından en yüksek puan, kişilerarası ilişkiler ve ruhsal

gelişimden alınırken; en düşük puan, fiziksel aktiviteden alınmıştır. Üniversite öğrencileri arasında yapılan başka çalışmalarda da benzer şekilde kişilerarası ve ruhsal gelişim puanları yüksek ve fiziksel aktivite puanları düşük bulunmuştur (Altun 2008; Karadağ ve Yıldırım 2010). Sağlık çalışanları arasında yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar ortaya koymaktadır. Yalçinkaya ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmada en düşük puan egzersiz alt boyutundan alınırken, en yüksek puanın kişiler arası ilişkiler alt boyutundan alınmış olduğu belirlenmiştir. Diğer çalışmalarda da en düşük puan fiziksel aktivite alt boyutundan alınmıştır (Pasinlioğlu ve Gözüm 1998; Ayaz ve ark 2005). Bizim çalışmamızın sonuçları literatürü destekler nitelikte olup en düşük puanlar fiziksel aktiviteden alınmıştır. Bu durum, Türk toplumunda genel olarak egzersiz yapma alışkanlığının olmadığını düşündürmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları literatürde genellikle hemşireler, ergenler, çocuklar ya da sağlık çalışanları gibi farklı örneklem gruplarıyla çalışılmıştır. Obezite ile ilişkisini ele alan fazla çalışma bulunmamakla birlikte yapılan bir araştırmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça obezite sıklığının düştüğü bulgulanmıştır (Arslan ve Ceviz 2007). Çalışmamızda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve obezite arasında ilişki bulunmamıştır.

Obezite, biyolojik ve çevresel faktörlerin dışında psikolojik faktörlerden de etkilenebilmektedir. Çalışmamızda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutlarından manevi gelişim, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler dışında depresyon ve ebeveyn kontrolünün de obeziteye etkisi incelenmiştir. Depresyon ve obezite ilişkisi literatürde fazlasıyla yer etmiş görülmektedir. Ancak hangisinin hangisini etkilediği konusunda farklı görüşler ve çalışmalar bulunmaktadır. Bu alanda boylamsal olarak sürdürülen çalışmaların bazıları depresyonun obeziteye yol açacağını söylerken (Pine ve ark 2001; Goodman ve Whitaker 2002; Aydemir 2004), bazıları obezitenin depresyona sebep olduğunu bulgulanmıştır (Whetstone ve ark 2007; Chen ve ark 2009; Boutelle ve ark 2010; Faith ve ark 2011). Yapılan çalışmaların birinde erişkinlerde önce obezite arkasından depresyon gelişirken, çocuklarda ise önce depresyon ardından obezite geliştiği bildirilmiştir (Balcıoğlu ve Başer 2008). Bizim çalışmamızda obezite ve depresyonun korelasyon analizinde aralarında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Ancak bu ilişki küçük etki boyundadır. Gruplar arasındaki dağılım farkını görebilmek için yapılan kıkare analizinde de kilolu grupta depresyonu olan bireylerin daha fazla olduğu ancak sonucun istatistiksel

olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Regresyon analizine bakıldığında ise benzer şekilde depresyon değişkeninin modele girmediği görülmüştür. Bu sonuçlara göre çalışmamızın literatürü desteklemediği söylenebilir. Çalışmamızda yeteri kadar obez bulunmayışı bu sonuca etki etmiş olabilir.

Bir diğer psikolojik değişkenimiz olan ebeveyn kontrolü, çocukların etkinlik ve alışkanlıklarının aile tarafından kontrol edilmesi ve düzenlenmesi anlamına gelmektedir ve 2 alt boyutu bulunmaktadır; psikolojik kontrol ve davranışsal kontrol (Barber 1996). Literatüre baktığımızda yeterli düzeyde davranışsal kontrolün ergenlerin gelişimsel süreçlerinde yararlı olduğu belirlenirken (Pettit ve ark 2001; Fletcher ve ark 2004; Sönmez 2011), psikolojik kontrolün olumsuz gelişimsel sonuçlara yol açacağı bulgulanmıştır (Kerr ve Stattin 2000; Pettit ve ark 2001; Harma 2008). Ebeveyn kontrol ölçeği kullanılarak daha önce yapılmış bir çalışmaya bakıldığında kızlarda davranışsal kontrol boyutunun alt boyutlarından haberdarlıkta ortalama puan 46; izlemede ise 27 bulunmuştur. Erkeklerde ise sırasıyla 41 ve 26'dır. Kızlarda psikolojik kontrol alt boyutuna bakıldığında sevgi esirgemedede ortalama puan 26; suçluluk yüklemde 21 bulunmuştur. Erkeklerde sırasıyla 23 ve 28'dir (Çelik-Özden 2013). Bizim çalışmamızda örneklemin geneline bakıldığında ortalama puanlar haberdarlıkta 38,9; izlemede 22,34; sevgi esirgemedede 32,92; ve suçluluk yüklemde 26,3 olarak bulgulanmıştır. Buna göre bizim çalışmamızda davranışsal kontrolün alt boyutları olan haberdarlık ve izlemenin ortalama puanları daha düşük; psikolojik kontrolün alt boyutları olan sevgi esirgeme ve suçluluk yüklemenin ortalama puanları daha yüksektir. Bu durumun ailenin eğitim seviyesiyle ya da anketlerin dağıtıldığı okulların farklılıklarıyla ilgili olduğu söylenebilir.

Ebeveyn kontrolü ve obezitenin korelasyon analizine bakıldığında alt boyutlardan psikolojik kontrolle pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulgulanırken davranışsal kontrolle ilişki bulunamamıştır. Bu konuyla ilgili tartışma bir sonraki bölümde yapılacaktır.

Çalışmamızda obezitenin fizyolojik ve psikolojik etmenleri hiyerarşik regresyon analizine sokulmuş ve değişkenlerin yordayıcı gücünün belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu analizde günlük tüketilen su miktarı, yeme şekli, ailede obez birey bulunması ve ergenliğe giriş yaşı değişkenleri ilk basamakta obeziteyi yordamıştır. İkinci basamakta ise bu yordayıcı modele ebeveyn kontrolünün alt boyutu olan psikolojik kontrol eklenmiş; ebeveyn kontrolünün davranışsal kontrol alt boyutu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyonun obezite ile anlamlı bir ilişkisi bulgulanmamıştır. Elde edilen bu sonuca göre

tüketilen su miktarının az olması, ailede obez birey varlığı, yemeklerin hızlı yenip az çiğnenmesi, ergenliğe erken girilmiş olması ve aileden algılanan psikolojik kontrolün fazla olması obeziteyi yordamıştır.

Literatürde ebeveynlerin yemek yeme ile ilgili olarak çocuklarına uyguladıkları kontrolle ilgili çalışmalar bulunmakta ancak psikolojik temelli bir kontrolle ilgili çalışmalara rastlanmamaktadır. Çalışmamız ebeveyn kontrolü ve obezite ilişkisini ilk inceleyen çalışma olması açısından önem taşımaktadır. Çocukluktan yetişkinliğe geçişte bireyi olumlu ya da olumsuz etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlardan birisi de aile-ergen etkileşimidir. Ergenlik sürecinde bireyin hem bedensel hem de psikolojik gelişimiyle ilgili sorunlar ve buna ek olarak anne babayla iletişimde problemler yaşayabileceği bilinmektedir. Anne baba ve çocuk arasındaki ilişkiler ve ev ortamındaki problemler bireyin ruhsal yapısını etkileyerek beslenme bozukluklarına neden olmaktadır. Bazı bireylerde psikolojik sorunlara tepki olarak iştahsızlık görülürken bazılarında aşırı yeme görülebilir (Yiğit ve ark 2002). Laitinen (2001) tarafından yapılan çalışmada fazla kilolu ve obez bireylerin stresli zamanlarda daha fazla bir şeyler yiyip içtiklerini saptamıştır. Başka bir çalışmada benzer şekilde stresli durumlarda artan negatif ruh halinin daha fazla gıda tüketilmesiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Epel ve ark 2001). Bu sonuçlar strese verilen psikofizyolojik tepkinin yeme davranışını etkileyebileceğini önermektedir. Uzun süreli düşünüldüğünde bu değişikliklerin kilo ve sağlığı etkileyeceği söylenebilir. Psikodinamik kurama göre bakıldığında oral dönemde anne-çocuk arasında oluşan sıkıntılar çocuğu psikolojik problemlere yatkın kılar. Psikoseksüel gelişmenin oral döneme bağlı kalması sonucu kişi sürekli hazzı ulaşılmaya ihtiyaç duyar. Bu bakış açısından bakıldığında stres altında kalan bireyler, bir haz mekanizması olarak ya da baş etme stratejisi olarak fazla yemeye başvuruyor olabilir. Bu durum fazla kiloluluk ve obezite için kolaylaştırıcı bir etki sağlamaktadır.

Peki, daha spesifik olarak bakarsak, psikolojik bir etmen olarak obeziteyi yordayan psikolojik kontrol nedir? Çalışmamızda etkisi gözlenen psikolojik kontrol, algılanan ebeveyn kontrolünün alt boyutlarından birisidir ve kendisinin de iki alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar suçluluk yüklemesi ve sevgi esirgemesidir. Bu boyutların ölçek maddelerinden birkaçı şöyledir: “Annem ve/veya Babam, beni eleştirirken geçmişte yaptığım hataları hatırlatıp durur.”, “Yaptığım bazı davranışların ‘aptalca’, ‘ahmakça’ olduğunu söyler.”, “Ailedeki diğer kişilerin sorunları için beni suçlar.”, “kötü

davranışlarımdan, yaramazlıklarımdan utanmam gerektiğini söyler durur.”, “hayal kırıklığına uğrattığımda, beni görmezden gelmeye çalışır.” Görüldüğü üzere bu tarz bir etkileşim oldukça sağlıksızdır. Ergenlerin bir birey olarak yetişkinliğe doğru yol aldıkları bu dönemde ailelerin psikolojik kontrol göstermesi, çocuklarını önemsemediklerini ve hatta küçümsediklerini düşündürmektedir. Erikson’ın psikosoyal gelişim dönemleri açısından incelendiğinde araştırmamızın örnekleme ‘*kimlik kazanımına karşı kimlik karmaşası*’ döneminde bulunmaktadır. Bu dönemde ergen kendisine ‘ben kimim?’ sorusunu sorar. Bu sorunun cevabı tam olarak bilinmediğinden dolayı kişinin çevreden gelecek olumlu ve olumsuz tepkilerden oldukça etkileneceği düşünülebilir (Wenar ve Kerig 2005). Ailenin psikolojik kontrol göstermesi sonucu kişi kendisini aşağılanmış hissedebilir ve bu durum kritik olan bu dönemde ciddi psikopatolojilere yol açabilir.

Değinilmesi gereken noktalardan birisi de ebeveyn kontrolü ve obezite arasındaki ilişkinin yönüdür. Yani ailelerin uyguladığı psikolojik kontrol mü obeziteye yol açıyor, yoksa ergenler obez oldukları için mi böyle bir kontrol algılıyor konusundaki çelişki bir sınırlılık yaratabilir.

Özetle, çalışmamızda psikolojik değişkenlerden yalnızca ebeveyn kontrolünün alt boyutu olan psikolojik kontrol modele girmiştir. Depresyon ile obezite arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Elde edilen tüm bulgular ışığında obezitenin fizyolojik risk faktörleriyle daha çok ilişkili olduğu ancak psikolojik parametrelerle ilişkisinin beklenen düzeyde olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu durum örneklem özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Örneklemimize lise 9, 10 ve 11. sınıflar dahil edilmiş ancak sınav yoğunlukları olabileceği düşüncesiyle lise son sınıf öğrencileri dahil edilmemiştir. Son sınıfların da katılması sonuçların daha farklı çıkmasına sebep olacağını düşündürmüştür. Ayrıca kilolu grupta çoğunlukla fazla kilolu bireyin bulunup obezlerin az olmasının da sonuca etki etmiş olabileceği düşünülmektedir.

5. SONUÇ

Araştırmamıza katılan ergenlerin %12,3'ü fazla kilolu ve obez bulunmuştur. Fizyolojik etmenlerden bireyin sağlık probleminin varlığı, ailede fazla kilolu birey bulunması ve ergenliğe erken girmiş olması; davranışsal etmenlerden ise su tüketim miktarının az olması, hızlı yemek yeme, öğünlerden kuşluk ve öğle öğününün daha az yapılırken gece öğününün daha fazla yapılması, beslenme özellikleri açısından taze meyve suyu ve şeker-çikolatanın daha az, makarnanın ise daha fazla tüketiliyor olması, beden kitle indeksinin artışı açısından risk faktörleri olarak bulunmuştur. Davranışsal, fizyolojik ve psikolojik etmenlerin BKİ artışını yordayıcı gücü açısından bir arada değerlendirildiği analiz sonucunda ise ailede fazla kilolu birey bulunması, ergenliğe erken girilmiş olması, su tüketim miktarının fazla olması ve hızlı yemek yemeye ek olarak psikolojik etmenlerden aileden algılanan psikolojik kontrolün beden kitle indeksinin artışını yordadığı bulunmuştur.

5.1. Sınırlılıklar ve Öneriler

Araştırmada bilgilerin öz bildirim yöntemiyle alınmış olması, ergenlerin kendilerini olduğundan farklı gösterme eğilimiyle yanıt verme olasılığını ortaya çıkarabilir. Özellikle ergenlik döneminde önem kazanan beden imajının etkisiyle kilo ve boy oranları konusunda eksik ya da yanlış bilgiler bildirilmiş olabilir. Ayrıca kilo-boy dışında sigara-alkol alışkanlıkları ve aile tutumuyla ilgili bilgiler konusunda katılımcılar yanıtlarını arkadaşlarının göreceği konusunda kaygı yaşamış ya da verilen bilgilerin gizli kalacağından şüphe duymuş olabilir. Bu sebeple verilen yanıtlar katılımcıların beyanları ile sınırlıdır. Bu konuyla ilgili yapılacak olan çalışmalarda objektif ve tutarlı sonuçlar elde edilmesi amacıyla kilo ve boyu ölçmek için uygun araçlar kullanılabilir.

Anketlerin uzun olması ve yaklaşık bir ders saatini alması, katılımcıların sıkılmasına ve eksik ya da yanlış yanıtlar vermesine sebep olmuş olabilir. Nitekim 45 adet ölçek eksik doldurulma ya da doğruluğundan şüphe duyulması gerekçeleriyle analizlere dahil edilmemiştir.

Verilerin sadece Aydın merkezden toplanmış olması da bir sınırlılık göstergesi olabilir. Genellenebilirlik açısından birden fazla şehirde ya da Aydın'ın farklı ilçelerinden alınan ölçümler daha yararlı olabilirdi.

Araştırmamızda normalin üzerinde kilosunu olanlar yani fazla kilolular ve obezler yani BKİ 85 yüzdeleri ve üzerinde olanlar tek bir grupta toplanmıştır. Ancak bu grubun çoğunlukla fazla kilolulardan oluşması bir yanlışlık oluşturabilir ve obeziteye dair net bilgiler söyleme konusunda sınırlılık yaratabilir. Bunun dışında çalışmamızda normal örneklem kullanılmıştır. Obezite konusunda klinik örneklem kullanmak ve obez olmayan kontrol grupla kıyaslamak daha net bulgular ortaya koyabilirdi.

Araştırmanın hipotezlerinden biri olan ebeveyn kontrol ölçeği ve obezite ilişkisi hakkında literatür oldukça sınırlıdır. Araştırmamızın bu konuda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Obezitenin psikolojik alt yapıları hakkında yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Literatürde daha çok depresyonla olan ilişkisine bakılmıştır. Olumsuz sonuçlarının oldukça fazla olduğu bilinen bu rahatsızlığın multidisipliner olarak daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Önleme programları konusunda önemli psikiyatristlerden biri olan Gerald Caplan (1964), önlemenin biyolojik, psikolojik ve sosyolojik prosedürleri üç farklı yolla içerdiğini açıklamıştır. *Birincil önleme*, her tür ruhsal bozuklukların görülmesini azaltmayı hedeflemektedir. Özel bir hastalık geliştirmesi açısından risk grubunda olan ya da olmayan herkesi içerir. Çocukların okullarda aşılmasını birincil önleme faaliyetlerine klasik bir örnektir. *İkincil önleme*, bir hastalık geliştirme konusunda büyük riski olan bireyler için tasarlanmıştır. Erken teşhisle birlikte hastalığın sürecini kısaltmakta ya da gidişatını hafifletmektedir. Risk faktörlerini azaltmak ve koruyucu faktörleri arttırmak hedeflenmiştir. *Üçüncül önleme* ise gelişmiş olan hastalığın sebep olduğu zararları en aza indirmeyi hedeflemekte ve relapsı önlemeye çalışmaktadır (akt; Sundberg, Winebarger ve Taplin 2002). Gordon (1983,1987), sınıflandırma sistemini yeniden tanımlamış ve evrensel, seçici ve belirlenmiş olarak isimlendirmiştir. Bu sınıflandırma sistemi bir önceki sistem ile oldukça benzerlik göstermektedir (akt; Sundberg, Winebarger ve Taplin 2002).

Çalışmanın temel odağının ergenler olduğu düşünüldüğünde ailelere ve okula daha çok sorumluluk düştüğü söylenebilir. Çünkü bu yaş grubundaki bireylerin en çok vakit geçirdiği ortamlar, aile ve okul ortamıdır. Çalışmanın sonuçları incelendiğinde iki farklı davranışsal faktörün obezite üzerinde etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sebeple ailelerin davranışsal faktörler açısından daha etkin davranması, çocuğa daha sağlıklı bir beslenme tarzı kazandırılmasının obeziteyi azaltacağını düşündürmektedir. Ergenlerin günün önemli bir bölümünü okulda geçirdiklerini varsayarsak, okuldaki beslenme düzenlerinin sağlıklı bir menü ve seçenekler içermesi için okul yönetimlerine Milli Eğitim Bakanlığı kanalıyla projeler iletilebilir. Böylelikle okulda öğle yemeklerinin değiştirilmesi ya da sağlıklı bir tarzda yapılmasının önüne geçilebilir. Bu örnekler, birincil önleme müdahalesi olarak düşünülebilir. Okul faktörü, psikolojik yardım açısından da önem taşımaktadır. Psikanalitik açıdan ele alındığında yemek yemeyi bir baş etme mekanizması olarak gören bireylerin daha kilolu oldukları düşünülebilir. Bu noktada okulların rehberlik servisleri fazla kilolu ve obez bireylerle ilgili projeler sürdürebilir. Aileler ise obezitenin psikolojik boyutunun da farkına vararak daha duyarlı davranmalı; gerekirse bir psikologla görüşülmelidir. Bu yaklaşımlar ise ikincil önleme müdahalesine birer örnektir. Ergenlik dönemindeki fazla kiloluluk ve obezitenin yaşam boyu sürme riskinin oldukça fazla olduğu çalışmalarca kanıtlanmıştır. Bu noktada hem davranışsal hem de psikolojik faktörler açısından ailenin kritik bir öneminin olduğu anlaşılmaktadır. Ancak bazı kültürlerde şişmanlık bir sağlık göstergesi gibi düşünülmekte ve bunun normal bir durum olduğu öne sürülmektedir. Aileler bu sebeple çocuklarına zaman zaman zorla yedirme yoluna gitmekte ve çocukların fazla kalori almasına yol açmaktadır. Ayrıca aileler bu olumsuz anlayışı çocuklarına da empoze etmekte ve çocuklar büyüdüklerinde artık çok yiyen, sağlığına dikkat etmeyen ve kendi çocuklarını da çok yediren bireyler olmaktadır. Bu çerçeveden bakıldığında yalnızca çocuklar ya da ergenler için değil, aynı zamanda aileleri için de obezite hakkında bilgilendirici eğitimler verilebilir ve programlar hazırlanabilir. Bu eğitimler genel popülasyona uygulandığında birincil önleme müdahalesi, obez bireylere uygulandığında üçüncül önleme olarak düşünülebilir.

Araştırmanın bulgularından yola çıkarak özetle obeziteden korunmak için ergenlere bol su içmeleri, yemekleri daha çok çiğneyip daha yavaş yemeleri önerilmektedir. Ailelerin ise çocuklarına psikolojik kontrol uygulamaları önerilmektedir.

Gelecek çalışmalar obezite için klinik örnekleme çalışabilir. Bu çalışmalarda ebeveyn kontrolü ile obezite arasındaki aracı ya da düzenleyici değişkenler araştırılarak ebeveyn kontrolü etkisinin daha net anlaşılması sağlanabilir.

Uzun N. Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Ebeveyn Kontrolü ve Depresyon ile Obezitenin İlişkisi: Obezite için Koruyucu ve Risk Faktörleri

ÖZET

Obezite yaygınlığı tüm dünyada her geçen gün hızla artmaktadır. Bu çalışmada obezitenin davranışsal, fizyolojik ve psikolojik risk faktörleri araştırılmıştır. Araştırma örneklemini Aydın merkezde bulunan farklı başarı düzeylerine sahip liselerin 9., 10. ve 11. sınıflarında okuyan 625 öğrenciden oluşmuştur. Katılımcıların yaşa ve cinsiyete özgü beden kitle indeksleri (BKİ) belirlendikten sonra yapılan analiz sonucunda araştırmamıza katılan ergenlerin %12,3'ü fazla kilolu ve obez bulunmuştur. Davranışsal, fizyolojik ve psikolojik etmenlerin BKİ artışını yordayıcı gücü açısından bir arada değerlendirildiği analiz sonucunda, ailede fazla kilolu birey bulunması, ergenliğe erken girilmiş olması, su tüketim miktarının az olması ve hızlı yemek yemeye ek olarak psikolojik etmenlerden aileden algılanan psikolojik kontrolün beden kitle indeksinin artışını yordadığı bulunmuştur. Bu sonuçlar psikolojik etmenlerin de obezite gelişiminde etkili olduğunu göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Obezite, risk faktörleri, psikolojik kontrol, sağlık davranışı

Uzun N. The Relationship between Obesity and Healthy Lifestyle Behaviors, Parental Control and Depression among Adolescents: Protective and Risk Factors of Obesity

SUMMARY

The prevalence of obesity is increasing rapidly all over the world. In this study, behavioral, physiological, and psychosocial risk factors of obesity were investigated. The sample of the study was 9th, 10th and 11th high school students in Aydın. Participants' body mass index (BMI) which is age and gender-specific was determined. As a result of the analysis, 12,3% of adolescents has been found overweight and obese. When the behavioral, physiological, and psychological factors of obesity were analysed all together; in addition to having the overweight individuals in the family, earlier puberty, lower water consumption and eating food fast, perceived psychological control from psychological factors predicted BMI increasement also. These results indicate that psychological factors are important in the development of the obesity.

Key words: Obesity, risk factors, psychological control, health behavior

KAYNAKLAR

AACAP-American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Obesity In Children And Teens, Facts for Families No:79, 2011. <http://www.aacap.org/AACAP/Families and Youth/Facts for Families/Facts for Families Pages/Obesity In Children And Teens 79.aspx>

Afari N, Noonan C, Goldberg J, Roy-Byrne P, Schur E, Golnari G, Buchwald D. Depression and obesity: do shared genes explain the relationship?. *Depression and anxiety*, 2010; 27(9): 799-806.

Akbulut G, Çiftçi H, Yıldız E. Sindirim sistemi hastalıkları ve beslenme tedavisi. *Klasmat*, Ankara, 2008. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 728.

Akbulut G, Özmen M, Besler T. Obezite. *TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi Mart*, 2007; ek s. 2-15.

Albrecht AK, Galambos NL. Adolescents' Internalizing and Aggressive Behaviors and Perceptions of Parents' Psychological Control: A Panel Study Examining Direction of Effects. *Journal of Youth Adolescence*, 2007; 36: 673-684.

Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of College of Nursing students in Kuwait. *Nursing & health sciences*, 2007; 9(2): 112-119.

Altun İ. Effect of a Health Promotion Course on Health Promoting Behaviors of University Students, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2008; 14(4): 880-887.

Altunkaynak BZ, Özbek E. Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 2006; 13 (4): 138-142.

Andıran N, Mete E, Alagöz M. Özel bir ilköğretim okulunda beslenme problemlerinin çarpıcı sıklığı. *Yeni Tıp Dergisi*, 2007; 24(1): 33-6.

Arslan C, Ceviz D. Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Üniv. SBD*, 2007; 21(5): 211-220.

Arslan E, Karaman D, Yavaşoğlu İ, Algül A, Erdem M. Genç Erkek Olgularda Obezite ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2009; 19(1): 196-197.

Arslantaş D, Ünsal A, Metintaş S, Tözün M, Toker S. Eskişehir İli kırsal alanında 10-15 yaş grubu öğrencilerde depresyon. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2007; 29 (2): 77 -84

Atamtürk D. Alt sosyoekonomik düzeyde yer alan çocuklarda aşırı kiloluğun ve obezitenin yaygınlığı. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2009; 15(2): 10-14.

Ayar K. Normal kilolu ve obez bireylerin obezite ve obezite ilişkili hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi*. Bursa, 2009.

Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005; 9(2): 26-34.

Aydemir Ö. Atipik Depresyon. Klinik Psikiyatri, 2004; Ek 2: 49-53

Ayiesah R, Leonard JH, Vijaykumar P, Suhaimy RM. Obesity and Habitual Physical Activity Level among Staffs Working in a Military Hospital in Malacca, Malaysia. International Medical Journal Malaysia, 2013; 12(1).

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kısal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 12: 1-13.

Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin psikiyatrik yönü. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, 2008; No:62: 341-348

Barber BK. Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. Child Development, 1996; 67: 3296-3319.

Barber BK, Harmon EL. Violating the Self: Parental Psychological Control of Children and Adolescents. In Barber BK. (ed.), Intrusive Parenting: How Psychological Control Affects Children and Adolescents. Washington, DC: American Psychological Association Press, 2002.

Barber BK, Olsen JE, Shagle SC. Associations between Parental Psychological and Behavioral Control and Youth Internalized and Externalized Behaviors. Child Development, 1994; 65: 1120-1136.

Baysal A. Sosyal eşitsizliklerin beslenmeye etkisi. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2003; 25(4)

Baysal A. Beslenme. 14. Baskı. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi, 2012.

Bean RA, Bush KR, McKenry PC, Wilson SM. The Impact of Parental Support, Behavioral Control, and Psychological Control on the Academic Achievement and Self-Esteem of African American and European American Adolescents. Journal of Adolescent Research, 2003; 18(5): 523-541.

Bostan ÖM. Bursa Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde 0-48 aylık çocuklarda malnutrisyon prevalansı ve bunu etkileyen faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa. 1994.

Boutelle KN, Hannan P, Fulkerson JA, Crow SJ, Stice E. Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. Health Psychology, 2010; 29(3): 293-298

Brown KA, Ogden J, Vögele C, Gibson EL. The Role of Parental Control Practices in Explaining Children's Diet and BMI. Appetite, 2007; 50: 252-259.

Caldwell RM, Beutler LE, An Ross S, Silver NC. Brief report: An examination of the relationships between parental monitoring, self-esteem and delinquency among Mexican American male adolescents. Journal of Adolescence, 2006; 29(3): 459-464

Camcı N. Çocuk Beslenme Anketi'nin (Child Feeding Questionnaire-CFQ) geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması ve Türk ebeveynlerine uygulanması. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bilim Dalı, Ankara. 2010.

Cameron JD, Cyr MJ, Doucet E. Increased meal frequency does not promote greater weight loss in subjects who were prescribed an 8-week equi-energetic energy-restricted diet. *Br J Nutr*, 2010; 103(8): 1098-101.

Chang H, Yen ST. Association between obesity and depression: Evidence from a longitudinal sample of the elderly in Taiwan. *Aging & Mental Health*, 2012; 16(2): 173-180.

Chen Y, Jiang Y, Mao Y. Association between obesity and depression in Canadians. *Journal of Women's Health*, 2009; 18(10):1687-1692.

Chou K, Yu K. Atypical depressive symptoms and obesity in a national sample of older adults with major depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 2013; 30: 574-579

Cohen P, Cohen J, Brook J. An Epidemiological Study of Disorders in Late Childhood and Adolescence - II. Persistence of Disorders. *Child Psychology and Psychiatry*, 1993; 34(6): 869-877.

Collins WA, Laursen B. Parent adolescent relationships and influences. In Lerner RM, Steinberg L. (Eds). *Handbook of Adolescent Psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons. Inc., 2004 (pp.331-363).

Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, Samdal O, Smith ORF, Barnekow V. Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.

Cürçani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010; 9(5): 487-492.

Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2011; 64(1)

Çelik-Özden C. Ebeveyn Kontrol Davranışlarının Ergenlerin Öz-Düzenleme Becerileri ve Duygusal Sorunları Üzerindeki Etkileri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Aydın*, 2013

Çifçili S, Ünalın P, Kalaça Ç, Apaydın Ç, Uzuner A. Çocukluk, Obezite ve Televizyon. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi*, 2003; 12(2): 67-71.

Dallar Y, Erdeve ŞS, Çakır İ, Köstü M. Obezite, çocuklarda depresyon ve özgüven eksikliğine neden oluyor mu? *Gülhane Tıp Dergisi*, 2006; 48: 1-3

Darling N, Steinberg L. Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 1993; 113(3): 487-496.

Davy BM, Dennis EA, Dengo AL, Wilson KL, Davy KP. Water consumption reduces energy intake at a breakfast meal in obese older adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 2008; 108(7): 1236-1239.

DellaValle DM, Roe LS, Rolls BJ. Does the consumption of caloric and non-caloric beverages with a meal affect energy intake?. *Appetite*, 2005; 44(2): 187-193.

Dennis EA, Dengo AL, Comber DL, Flack KD, Savla J, Davy KP, Davy BM. Water Consumption Increases Weight Loss During a Hypocaloric Diet Intervention in Middle-aged and Older Adults. *Obesity*, 2010; 18(2): 300-307.

Dishion TJ, Mcmahon RJ. Parental Monitoring and the Prevention of Child and Adolescent Problem Behavior: A Conceptual and Empirical Formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1998; 1(1).

DSM-IV/Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Text Revision. England: Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.

Epel E, Lapidus R, McEven B, Berwnell K. Stress may add bite to appetite in women: a laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior. *Psychoneuroendocrinology*, 2001; 26(1): 37-49.

Eren İ, Erdi Ö. Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, 2003; 6: 152-157

Erermis S, Çetin N, Tamar M, Bukusoğlu N, Akdeniz F, Göksen D. Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents?. *Pediatrics International*, 2004; 46(3): 296-301.

Ertem Ü, Yazıcı S. Ergenlik döneminde psikososyal sorunlar ve depresyon, aile ve toplum. *Aile ve toplum eğitim kültür ve araştırma dergisi*, 2006; 3(9): 7-12.

Eskin M. Ergen Ruh Sağlığı Sorunları ve İntihar Davranışıyla İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 2000; 3: 228-234

Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı ve İlişkili Olduğu Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008; 19(4): 382-389.

European Commission. Overweight and obesity-BMI statistics. 2011, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Overweight and obesity -BMI statistics](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics) (Erişim Tarihi: 25. 04. 2014).

European Commission. Strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues. Implementation progress report. 2010, http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/implementation_report_en.pdf (Erişim Tarihi: 25. 04. 2014).

Faith MS, Butryn M, Wadden TA, Fabricatore A, Nguyen AM, Heymsfield SB. Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies. *Obesity Reviews*, 2011; 12(5): 438-453.

Fisher, J.O., Birch, L.L. Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 1999; 69(6): 1264- 1272.

Fletcher AC, Steinberg L, Williams-Wheeler M. Parental Influences on Adolescent Problem Behavior: Revisiting Stattin and Kerr. *Child Development*, 2004; 75(3): 781-796

Freedman D, Khan L, Serdula M, Dietz W, Srinivasan S, Berenson G. The relation of menarcheal age to obesity in childhood and adulthood: the Bogalusa heart study. *BMC Pediatrics*, 2003; 3: 3-11.

Freedman DS, Khan LK, Serdula MK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. The Relation of Childhood BMI to Adult Adiposity: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 2005; 115(1): 22-27.

Galambos NL, Barker ET, Almeida DM. Parents do matter: Trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Development*, 2003; 74(2): 578-594.

Gökmen-Durgun A. Bursa ilinde obezite sıklığı ve ilişkili faktörler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Bursa, 2012.

Guo SS, Cameron Chumlea WM, Roche AF, Siervogel RM. Age-and maturity-related changes in body composition during adolescence into adulthood: the Fels Longitudinal Study. *International Journal of Obesity*, 1997;21: 1167-1175.

Günöz H. Çocuk ve Adölesanlarda Obezite, *Aktüel Tıp Dergisi*, 2001; 6(2): 58-61.

Gür BS, Dalmış İ, Kırmızıdağ N, Çelik Z, Boz N. Siyaset Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı. Türkiye'nin gençlik profili. SETA Yayınları XVIII, Ankara. 2012.

Gürel FS, İnan G. Çocukluk Çağı Obezitesi Tanı Yöntemleri, Prevalansı ve Etiyolojisi, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2001; 2(3): 40-43.

Hafen CA, Laursen B. More Problems and Less Support: Early Adolescent Adjustment Forecasts Changes in Perceived Support From Parents. *Journal of Family Psychology*, 2009; 23(2), 193–202.

Hamulu F. Obezite Komplikasyonları. In: Yılmaz, C. (Ed) *Obezite ve Tedavisi*. İstanbul: Mart matbaacılık, 1999.

Hancox RJ, Poulton, R. Watching television is associated with childhood obesity: but is it clinically important? *International Journal of Obesity*, 2006; 30: 171-175

Harma M. Ana-baba kontrol davranışlarının ve aile içi çatışmanın ergenlerin öz-denetim becerileri ve uyumları üzerindeki etkileri. Yüksek Lisans Tezi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. 2008.

James WPT, Jackson-Leach R, Mhurchu CN, Kalamara E, Shayeghi M, Rigby NJ, Nishida C, Rodgers A. Overweight and obesity (high body mass index). In: Ezzati M et al.,eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors*. Vol.1:497-596. WHO, Geneva, 2004.

Kaplowitz PB, Slora EJ, Wasserman RC, Pedlow SE, Herman-Giddens ME. Earlier onset of puberty in girls: relation to increased body mass index and race. *Pediatrics*, 2001; 108: 347–353.

Karadağ M, Yıldırım N. Health behaviors in health sciences university students in Turkey. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 2010; 38(1).

Kerr M, Stattin H. What parents know how they know it, and several forms of adolescent adjustment: Further support for a reinterpretation of monitoring? *Developmental Psychology*, 2000; 36(3): 366-380.

Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 2001; 49(12): 1002-1014.

Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 1998; 7: 3-14.

Kindap Y, Sayıl M, Kumru A. Anneden Algılanan Kontrolün Niteliği ile Ergenin Psikososyal Uyumu ve Arkadaşlıkları Arasındaki İlişkiler: Benlik Değerinin Aracı Rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2008; 23 (61): 92-107.

Korzack DJ, Lipman E, Morrison K, Szatmari P. Are children and adolescents with psychiatric illness at risk for increased future body weight? A systematic review. *Developmental medicine & child neurology*, 2013; 55: 980–988

Köksal G, Özel H. Çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729. Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008.

Krassas GE, Tsamietis C, Baleki V, Constantinidis T, Unluhizarci K, Kurtoglu S, Kelestimur F. Prevalence of overweight and obesity among children and adolescents in Thessaloniki-Greece and Kayseri-Turkey. *Pediatric endocrinology reviews*, 2004; 1(3): 460-4.

Lee JK, Dixon WT, Ling D, Levitt RG, Murphy Jr WA. Fatty infiltration of the liver: demonstration by proton spectroscopic imaging. Preliminary observations. *Radiology*, 1984; 153(1): 195-201.

Lobstein T. The Size and Risks of the International Epidemic of Child Obesity. In: Sassi, F. *Obesity and the Economics of Prevention, Fit not Fat*. OECD, 2010.

Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, Zitman FG. Overweight, Obesity, and Depression- A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Arch Gen Psychiatry*, 2010; 67(3): 220-229

Madowitz J, Knatz S, Maginot T, Crow SJ, Boutelle KN. Teasing, depression and unhealthy weight control behaviour in obese children. *Pediatric obesity*, 2012; 7(6): 446-452.

Milli Eğitim Bakanlığı. MEGEP (Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi), Çocuk gelişimi ve eğitimi, Özel durumlarda beslenme. Ankara, 2007.

Molina-García J, Castillo I, Pablos C. Determinants of leisure-time physical activity and future intention to practice in Spanish college students. *The Spanish journal of psychology*, 2009; 12(01): 128-137.

Mo-suwan L, Geater AF. Risk factors for childhood obesity in a transitional society in Thailand. *International journal of obesity and related metabolik disorders*, 1996; 20(8): 697-703.

Okasha M, McCarron P, McEwen J, Davey Smith G. Age at menarche: secular trends and association with adult anthropometric measures. *Annals of Human Biology*, 2001; 28: 68-78.

Okyay P, Ergin F. Adölesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Gelişme. In: Eskin, M., Dereboy, Ç, Harlak, H., Dereboy, F. (Ed). *Türkiye’de Gençlik Ne biliyoruz? Ne bilmiyoruz? Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları: 5*. Ankara: HYB, 2012.

Onat A, Keleş İ, Aksu H, Çetinkaya A, Yıldırım B, Uslu N, Gürbüz N, Sansoy V. Türk erişkinlerinde toplam ve kardiyolojik ölümlerin prevalansı: TEKHARF çalışmasının 8 yıllık takip verileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 1999; 27: 8-14.

Öge B. Adölesanlarda vücut ağırlığının uyku süresi, uyku kalitesi ve depresyon durumuna etkisi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Kayseri*, 2011.

Öncü İ. Çocukluk çağı obezitesinde metabolik parametrelerin diyet ve egzersizle ilişkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana*. 2009.

Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1991; 2: 132-136.

Öyekçin DG, Yıldız D, Şahin EM, Gür S. Obezite Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2011; 15: 121-124

Özer MK. *Fiziksel Uygunluk*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2001.

Özkan A, Köklü Y, Kayıhan G, Alemdaroğlu U, Ersöz G. Obezitenin önlenmesi ve tedavisinde fiziksel aktivite ve egzersizin rolü. *Uluslar arası hakemli akademik spor sağlık ve tıp bilimleri dergisi*, 2013; 7(3).

Öztor S. İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması. *Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*. 2005.

Öztürk A, Aktürk S. İlköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2011; 10(1): 53-60

Pan A, Sun Q, Czernichow S, Kivimaki M, Okereke OI, Lucas M, Manson JE, Ascherio A, Hu FB. Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *International Journal of Obesity*, 2012; 36: 595–602.

Parlak A, Çetinkaya Ş. Çocuklarda Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(5).

Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi, 1998; 2(2): 60-68.

Peker İ, Çiloğlu F, Buruk Ş, Burka Z. Egzersiz biyokimyası ve obesite. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2000.

Pekcan G. Beslenme durumunun saptanması. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726. Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008.

Petersen AC, Compas BE, Brooks-Gunn J, Stemmler M, Ey S, Grant KE. Depression in Adolescence. American Psychologist, 1993; 48(2): 155-168

Pettit GS, Laird RD, Dodge KA, Bates JE, Criss MM. Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. Child development, 2001; 72(2): 583-598.

Pine DS, Goldstein RB, Wolk S, Weissman MM. The association between childhood depression and adulthood body mass index. Pediatrics, 2001; 107 (5): 1049- 1056.

Pulat N. Ebeveynlerin uyguladığı psikolojik kontrolün ergenlerin depresyon, kaygı ve öfke belirtileri üzerindeki etkisi: mükemmeliyetçiliğin aracı rolü. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2011.

Rofey DL, Kolko RP, Iosif A, Silk JS, Bost JE, Feng W, Szegedy EM, Noll RB, Ryan ND, Dahl RE. A Longitudinal Study of Childhood Depression and Anxiety in Relation to Weight Gain. Child Psychiatry & Human Development, 2009; 40: 517-526

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Third edition. USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2008.

Samur GA, Yıldız EA. Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar/hipertansiyon. Reklam Kurdu Ajansı, Ankara. 2012; Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729.

Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Ulusal Hanehalkı Araştırması 2003 Temel Bulgular. Ankara, 2006.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931. Ankara, 2014.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" Projesi Araştırma Raporu. Ankara, 2004.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı, 1.Basım. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 773. Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık, 2010.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali. Ankara, 2002.

Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Milli Eğitim Bakanlığı. Türkiye’de Okul Çağı (6-10 Yaş Grubu) Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi Araştırma Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No:834. Ankara, 2011.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezitenin Nedenleri. (t.y.-a) <http://www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=41>

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Problemleri (t.y.-b) <http://www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=42>

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Çocuklarda Ve Ergenlerde Obezite Ve Komplikasyonları. (t.y.-c) http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=276:cocuklarda-ve-ergenlerde-obezite-ve-komplikasyonlar&catid=57:salk-ve-bakm&Itemid=200 (Erişim Tarihi: 05.05.14)

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Su ve Sağlık. <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=112>

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, 3.Basım. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 773. Ankara: Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti., 2013.

Satman İ, Yılmaz T, Şengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Baştar İ, Tütüncü Y, Sargın M, Dinç N, Karşıdağ K, Kalaç S, Özcan C, King H. Population based study of diabetes and risk characteristics in Turkey result of the Turkish Diabetes Epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*, 2002; 25: 1551-1556.

Semiz S, Özdemir Ö, Sözeri-Özdemir A. Denizli merkezinde 6-15 yaş grubu çocuklarda obezite sıklığı. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2008; 1: 1-4

Serter R. Obezite atlası. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, 2003.

Sevinç Ö, Bozkurt Aİ, Gündoğdu M, Baş Aslan Ü, Ağbuğa B, Aslan Ş, Gökçe Z. Evaluation of the effectiveness of an intervention program on preventing childhood obesity in Denizli. *Turk J Med Sci*, 2011; 41, 1097-1105.

Sheeber L, Hops H, Alpert A, Davis B, Andrews J. Family support and conflict: prospective relations to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1997; 25(4): 333-344

Sissona SB, Broyles ST, Newton RL, Baker BL, Chernaused SD. TVs in the bedrooms of children: Does it impact health and behavior? *Preventive Medicine*, 2011; 52(2): 104–108.

Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989; 105(2), 260-275.

Sorensen TIA, Price RA, Stunkard AJ, Schulsinger F. Genetics of obesity in adult adoptees and their biological siblings. *British Medical Journal*, 1989; 298: 87-90.

Sönmez Ş. Ergenliğe Geçişte Annenin Davranışsal ve Psikolojik Kontrolünün Anne Ergen İlişkisine ve Ergenin Bir Yıl Sonraki Uyumuna Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Gelişim Psikolojisi Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2011.

Stookey JD, Constant F, Gardner CD, Popkin BM. Replacing sweetened caloric beverages with drinking water is associated with lower energy intake. *Obesity*, 2007; 15(12): 3013-3022.

Sundberg ND, Winebarger AA, Taplin JR. *Clinical Psychology Evolving Theory, Practise, and Research*. 4th edition. New Jersey: Prentice Hall, 2002.

Sur H, Kolotouroua M, Dimitrioua M, Kocaoğlu B, Keskin Y, Hayran O, Manios Y. Biochemical and behavioral indices related to BMI in schoolchildren in urban Turkey. *Preventive Medicine*, 2005; 41: 614-621.

Süzek H, Arı Z, Uyanık BS. Muğla'da yaşayan 6-15 yaş okul çocuklarında kilo fazlalığı ve obezite prevalansı. *Türk Biyokimya Dergisi*, 2005; 30 (4): 290-295.

Şenol S. Çocukluk ve ergenlik döneminde depresyon. In: Ceptıp: Depresyon. Coşar, B. (ed.) Ankara: Bilimsel tıp yayınevi, 2005.

Şireli Ö. Depresyon tanısı almış ergenlerde anne baba kabul reddi-kontrolü ve aile içi ilişkilerin depresyon şiddetine etkisi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara, 2012.

Tamar M, Öztürk Ö. Günümüz Gençlerinde Depresyonu Anlamak: Bu alanda Ülkemizde Yapılan Çalışmalar. In: Eskin, M., Dereboy, Ç, Harlak, H., Dereboy, F. (Ed). *Türkiye'de Gençlik Ne biliyoruz? Ne bilmiyoruz?*. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları: 5. Ankara: HYB, 2012.

Ting W, Huang C, Tu Y, Chien K. Association between weight status and depressive symptoms in adolescents: role of weight perception, weight concern, and dietary restraint. *Eur J Pediatr*, 2012; 171: 1247-1255

Tola HT, Akyol P, Eren E, DüNDAR N, DüNDAR B. Isparta'daki çocuk ve adölesanlarda obezite sıklığı ve obeziteyi etkileyen faktörler. *Çocuk Dergisi*, 2007; 7(2): 100-104.

Tuncer I. Konya il merkezindeki 11-16 yaş grubu kız öğrencilerde sosyoekonomik durum, antropometrik vücut ölçümleri ve menarşla büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004; 14(1): 25-28.

Turan T, Ceylan SS, Çetinkaya B, Altundağ S. Meslek Lisesi Öğrencilerinin Obezite Durumlarının ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009; 8(1): 5-12.

TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Gençlik, 2012. Haber Bülteni, 2013; Sayı: 13509. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13509>

TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Gençlik, 2012. Sayı: 13509; 2013. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13509> (Erişim tarihi. 24.05.14)

TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması, 2012. Haber Bülteni, 2013; Sayı: 13490. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13490> (Erişim Tarihi: 05.05.14)

UCL. University College London. Study finds strong genetic component to childhood obesity. 2013. <http://www.ucl.ac.uk/news/news-articles/0313/260313-childhood-obesity-genetics-heritability> (Erişim Tarihi: 03.05.2014).

UNICEF. United Nations Children's Fund, WHO-World Health Organization, The World Bank. UNICEF WHO-World Bank Joint Child Malnutrition Estimates. UNICEF, New York; WHO, Geneva; The World Bank, Washington, DC; 2012.

Van der Kruk JJ, Kortekaas F, Lucas C, Jager-Wittenaar H. Obesity: a systematic review on parental involvement in long-term European childhood weight control interventions with a nutritional focus. *Obesity reviews*, 2013; 14: 745-760.

Wang Y. Is obesity associated with early sexual maturation? A comparison of the association in American boys versus girls. *Pediatrics*, 2002;110 (5): 903-910.

Vanhala M, Korpelainen R, Tapanainen P, Kaikkonen K, Kaikkonen H, Saukkonen T, Keinänen-Kiukaanniemi S. Lifestyle risk factors for obesity in 7-year-old children. *Obesity Research & Clinical Practice*, 2009; 3: 99-107.

Wardle J, Waller J, Jarvis JM. Sex Differences in the Association of Socioeconomic Status With Obesity. *American Journal of Public Health*, 2002; 92(8); 1299-1304.

Vural BK. Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşirelik için önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998; 2(2): 39-43.

Wenar C, Kerig P. *Developmental psychopathology from infancy through adolescence*. Fifth Edition. London: Mc Graw Hill, 2005.

Whetstone LM, Morrissey SL, Cummings DM. Children at Risk: The Association Between Perceived Weight Status and Suicidal Thoughts and Attempts in Middle School Youth. *Journal of School Health*, 2007; 77(2): 59-66

Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, Qizilbash N, Collins R, Peto R. Body-mass index and cause-specific mortality in 900000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*, 2009; 373: 1083-1096.

WHO-World Health Organization. WHO Definition of Health. 2003. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (Erişim Tarihi: 05.05.14)

WHO-World Health Organization. Depression. Fact sheet No:369. 2012 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (Erişim Tarihi: 05.05.14)

WHO. World Health Organization. Obesity and Overweight Fact Sheet No:311. 2013, <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs3117en/print.html> (Erişim Tarihi: 17.04.2014).

- WHO-World Health Organization. Depression. 2014. http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/ (Erişim Tarihi: 05.05.14)
- WHO-World Health Organization Underweight in children. 2014a. http://www.who.int/gho/mdg/poverty_hunger/underweight_text/en/ (Erişim Tarihi: 05.05.14)
- WHO-World Health Organization Malnutrition. 2014b. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/malnutrition/en/(Erişim Tarihi: 05.05.14)
- WHO. World Health Organization. Growth Reference Data for 5-19 years. 2014c, http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/ (Erişim Tarihi: 25. 04. 2014).
- Wu J, Mo J, Huang CW, Peng LW. Obesity and its influencing factors in primary school students from Kaifu District of Changsha City. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. 2008; 10: 231- 235.
- Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık alışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6(6): 409-420.
- Yiğit H, Ertekin V, Altınkaynak S. Çocukluk ağında Obesite. *Sendrom*, 2002; 14: 66-73.
- Yılmaz C. Obeziteye Giriş. In: Yılmaz, C. (Ed) *Obezite ve Tedavisi*. İstanbul: Mart matbaacılık, 1999.
- Yılmaz FE, Oem Hİ, Başaraner E. Ortaöğretim (Lise) (14-18 Yaş). Cürebal, F., etin-Özben, G. (Ed.) *Anne-baba, veli, aile eğitimi ve rehberliği - 0-18 Yaş Grubu Gelişimi Rehberi*, 2012; Yayın no:32.
- Yumuk VD. Prevalence of obesity in Turkey. *Obesity review*, 2005; 6(1): 9-10.
- Yüksel H. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarına etki eden sosyal faktörler. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2012; 34.
- Zaybak A, Fadılloğlu . Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Etmelerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004; 20(1): 77-95.

EKLER

Ek 1: Sosyodemografik Bilgi Formu

GENEL BİLGİLER

- 1) Cinsiyetiniz: a)Kadın b)Erkek
- 2) Yaşınız:..... 3)Sınıfınız:.....
- 4)Kilonuz:..... 5)Boyunuz:.....
- 6)Kaç kardeşiniz:.....
- 7)Anne babanızın
- a)Her ikisi de sağ b)Anne sağ c)Baba sağ
- 8)Anne babanızın medeni durumu:
- a)Evli b)Boşanmış c)Dul d)Ayrı Yaşıyor e)Resmi nikahlı değil
- 9)Anne ve babanızın en son mezun olduğu okulu uygun kutucuğa işaret koyarak belirtiniz.

| | Okuma- yazma bilmiyor | İlkokul mezunu | Ortaokul mezunu | Lise mezunu | Üniversite mezunu ve üzeri (Yüksek lisans-Doktora) |
|-------------|-----------------------------|-------------------|--------------------|----------------|---|
| Anne | | | | | |
| Baba | | | | | |

- 10)Anne ve babanızın mesleğini uygun kutucuğa işaret koyarak belirtiniz.

| | İşçi | Memur | Serbest meslek | Çalışmıyor | Emekli |
|-------------|------|-------|-------------------|------------|--------|
| Anne | | | | | |
| Baba | | | | | |

- 11)Ailenizin aylık gelir toplamı nedir?

- a) 1.000 lira altı b)1.001 – 2.000 lira arası c) 2.001 ve üstü

10)Gün içinde aşağıdaki öğünlerden hangisini gerçekleştiriyorsanız uygun yerleri işaretleyiniz. (Kuşluk öğünü =sabah ve öğle arası. İkinci öğünü=öğle ve akşam arası)

| | Sabah kahvaltısı | Kuşluk öğünü | Öğle yemeği | İkinci öğünü | Akşam yemeği | Gece öğünü |
|--------------|------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|------------|
| Her zaman | | | | | | |
| Bazen | | | | | | |
| Hiçbir zaman | | | | | | |

11)Genellikle günde kaç saat uyursunuz?

- a)3-5 saat b)6-10 saat c)11 saat ve üzeri

12)Günde kaç saatinizi masa başında ders çalışarak, tv izleyerek, internette gezinerek geçiriyorsunuz?

- a)1-3 saat b)4-6 saat c)7-10 saat d)11 saat ve üzeri

13)Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

- a)Evet b)Hayır

14)Cevabınız evet ise ne kadar sıklıkla düzenli fiziksel aktivite yapıyorsunuz?

- a)Haftada 1-2 gün b)Haftada 3-4 gün c)Haftada 5-6 gün d)Her gün

15)Cevabınız hayır ise, neden düzenli fiziksel aktivite yapmadığınızı belirtiniz.

- a)Ekonomik şartların uygun olmaması
b)Zamanın uygun olmaması
c)Yeterli fiziksel aktivite yapacak alanın olmaması
d)Alışkanlığımın olmaması e)Diğer

16)Ergenliğe giriş yaşınızı belirtiniz (ilk adet görme/ilk gece boşalması).=

17)Okul başarınızın nasıl olduğunu düşünüyorsunuz?

- a)İyi b)Orta c)Kötü

18)Aşağıdaki besinleri ne sıklıkta tüketiyorsunuz? (size uygun olan kutulara artı koyunuz)

| Besinler | Her gün | Haftada 3-4 gün | Haftada 1-2 gün | Hiç |
|-----------------------------------|---------|-----------------|-----------------|-----|
| Süt | | | | |
| Peynir | | | | |
| Yoğurt | | | | |
| Ayran | | | | |
| Sütlü tatlı(sütlâç, dondurma, vb) | | | | |
| Yumurta | | | | |
| Kırmızı et | | | | |
| Tavuk | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Balık | | | | |
| Kurubaklagil (nohut, kuru fasulye, vb.) | | | | |
| Taze meyve | | | | |
| Sebze | | | | |
| Kuru meyve (incir, kuru kayısı) | | | | |
| Taze sıkılmış meyve suyu | | | | |
| Ekmek | | | | |
| Pirinç (Pilav, dolma,vb) | | | | |
| Bulgur (kısır, pilav, vb) | | | | |
| Makarna | | | | |
| Gazlı içecekler | | | | |
| Hazır meyve suları | | | | |
| Hazır çorbalar | | | | |
| Cips | | | | |
| Hamburger/Pizza | | | | |
| Lahmacun/Pide | | | | |
| Kumpir | | | | |
| Şeker/Çikolata | | | | |
| Hazır kek, pasta, kurabiye | | | | |

Ek 3: ADÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 14083461/050.04- 70
Konu : Çalışmanız hk.

4./2/2013

Sayın, Prof.Dr. Çiğdem DEREBOY
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 28.02.2013 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 18 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. M. Selim ÖZKÖK
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

KARAR 18

Protokol No : 2012/191
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Çiğdem DEREBOY
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Çiğdem DEREBOY'un "Ergenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları, algılanan ebeveyn kontrolü ve depresyon ile obezitenin ilişkisi: Obezite için koruyucu ve risk faktörleri" başlıklı klinik araştırmasının 10.01.2013 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 27.02.2013 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta, yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izin belgelerinin alınması şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde taahhüt edilen **çalışma bittikten sonra nihai raporun**, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin **gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına** ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

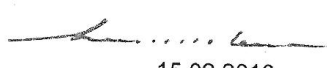
Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/>
e-posta: goetik@adu.edu.tr

Ek 4: Aydın İli Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma İzni

T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
Yenilik Ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü
ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU

| ARAŞTIRMA SAHİBİNİN | |
|---|--|
| Adı Soyadı | Neşe UZUN |
| Kurumu / Üniversitesi | Adnan Menderes Üniversitesi |
| Araştırma yapılacak iller | Aydın İli |
| Araştırma yapılacak eğitim kurumu | Aydın ili Lise öğrencileri |
| Araştırmanın konusu | Ergenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları, algılanan ebeveyn kontrolü ve depresyon ile obezite ilişkisi: Obezite için koruyucu ve risk faktörler |
| Araştırma/proje/ödev/tez önerisi | Tez |
| Veri toplama araçları | 1-Demografik bilgi formu 2-Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği 3-Ebeveyn davranışsal kontrol ölçeği 4-Ebeveyn psikolojik kontrol ölçeği 5-Çocukluk depresyonu ölçeği 6-İntiharın anlamı |
| KOMİSYON GÖRÜŞÜ | |
| Milli Eğitim Bakanlığının 2012/13 sayılı genelgesi gereği onay verilmiştir. | |
| Komisyon kararı | Oybirliğiyle alınmıştır. |
| Muhafif üyenin Adı ve Soyadı: | |
| | |

KOMİSYON



15.02.2013
Komisyon Başkanı
A.Tansel SARAYKÖYLÜOĞLU



Üye
İsmet ÖZTÜRK



Üye
Kadir ÖZDEMİR

ÖZGEÇMİŞ

Kimlik Bilgileri

Ad-soyad: Neşe Uzun

Doğum yeri: Ankara

Doğum Tarihi: 28.04.1988

Eğitim Bilgileri

2011 – 2014: Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın
Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Psikiyatri Anabilim Dalı –
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

2006 – 2011: Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara
Fen Edebiyat Fakültesi – Psikoloji Bölümü

2002 – 2006: Çağrıbey Anadolu Lisesi, Ankara

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans hayatım boyunca ve özellikle tez sürecimde desteğini esirgemeyen, bilgi birikimi ve değerli fikirleriyle bana yol gösterici olan, bir klinik psikolog olmamda katkısının fazla olduğuna inandığım sayın danışmanım Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY'a çok teşekkür ederim. Akademik alanda aktardığı bilgilere ek olarak terapi eğitimi konusunda da emeklerini esirgemeyen sayın hocam Prof. Dr. Mehmet ESKİN'e; özellikle sosyal psikoloji konusunda bize bilgilerini aktaran, sorularımızı cevapsız bırakmayan sevgili hocam Prof. Dr. Hacer HARLAK'a; ve akademik duruşunun yanı sıra güler yüzü ve insan ilişkileri konusunda örnek almaya çalıştığım sevgili hocam Prof. Dr. Ferhan DEREBOY'a teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca burs desteği aldığım TÜBİTAK'a teşekkür ederim.

Sevgili yüksek lisans arkadaşlarım Gökçehan AKOĞUZ, Ünal ALPAY, Nur AYTİN, Merve BAYDAR, Betül GÜNDÜZ, Servet KAÇAR, Nilay KONDUZ, Hakan ŞENEL, Melikenaz YALÇIN, İhsan YEĞENOĞLU ile paylaştığımız güzel günler için, birlik olduğumuz, birlikte gülebilmeyi ve umut edebilmeyi başarabildiğimiz için teşekkür ederim. Nur ve Servet'e analiz konusundaki yardımlarından dolayı ayrıca teşekkür etmek isterim. Arkadaşlığın ve samimiyetin en büyük göstergeleri, her daim yanımda olacaklarını bildiğim ve analizler konusunda desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşım Rûveyda YÜKSEL'e ve canım komşum Özge SARIOT'a teşekkür ederim.

Dostluklarını her zaman doluca hissettiğim, zorlukların üstesinden el ele vererek gelmeye çalıştığımız, birlikte güldüğümüz ve birlikte ağladığımız güzel dostlarıma ayrı bir teşekkürü borç bilirim. Gülüşü mutluluk sebebi canım arkadaşım Merve BAYDAR ve dostluğumuz dışında evimizi de paylaştığımız çok değerli arkadaşım Melikenaz YALÇIN iyi ki varsınız.

Eğitimim boyunca her zaman yanımda olan, beni her konuda destekleyen, sevgisini esirgemeyen sevgili annem, babam ve kardeşime teşekkür ederim.

Ve son olarak varlığıyla huzur bulduğum, hayatıma anlam katan, sabırlı tutumuyla her daim yanımda olan, en büyük şansım Fahri NİZAMETTİNOĞLU'na çok teşekkür ederim.