



**LİSE ÖĞRENCİLERİNDE YEME FARKINDALIĞI İLE
OLUMSUZ BEDEN KONUŞMALARI VE SAĞLIK ALGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Nur Sueda BOYRAZ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ

Yüksek Lisans Tezi-2020

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

**LİSE ÖĞRENCİLERİNDE YEME FARKINDALIĞI İLE
OLUMSUZ BEDEN KONUŞMALARI VE SAĞLIK ALGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Nur Sueda BOYRAZ

**Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ**

**MALATYA
2020**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLOLAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Adölesan Dönem ve Tanımı	3
2.1.1. Adölesan Dönemi Genel Özellikleri.....	3
2.1.2. Adölesan Dönem ve Beslenme	4
2.2. Açlık Türleri	5
2.2.1. Hücresel (Homeostatik) Açlık	6
2.2.2. Duyusal (Hedonik) Açlık.....	6
2.2.3. Duygusal Açlık	6
2.3. Yeme Farkındalığı	7
2.3.1. Yeme Farkındalığı ve Ağırlık Yönetimine Etkisi.....	8
2.4. Olumsuz Beden Konuşmaları	9
2.5. Sağlık Algısı	11
3. MATERYAL VE METOT	13
3.1. Araştırmanın Türü.....	13
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	13
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	13
3.4. Veri Toplama Araçları	14
3.4.1. Anket Formu	14
3.4.2. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ- 30).....	15

3.4.3. Olumsuz Beden Konuşmaları Ölçeği (OBKÖ)	16
3.4.4. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)	16
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	17
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi	17
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	17
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	17
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	39
KAYNAKLAR	41
EKLER	52
EK-1: Özgeçmiş	52
EK-2: Etik Kurul Onayı	53
EK-3: Anket Formu	54

TEŐEKKÜR

Tez çalıőmamın her aőamasında bana yol gösteren, bilgi ve tecrübeleriyle desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen danıőman hocam sayın Prof. Dr. Glven GÜNEŞ'e,

ğrenim sürecime bilimsel ve manevi destekleriyle katkı sağlayan değerli hocalarım sayın Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ' e, sayın Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN' a ve sayın Prof. Dr. Ali ZER' e,

Sonsuz sevgiyle beni yetiőtirip bugünlere getiren, maddi manevi her konuda bana destek olan, her daim doğru yolu gösteren, beni her noktada motive eden ve her zaman örnek aldığım canım babam Ahmet BOYRAZ' a ve sevgili annem Ayőe Nurbil BOYRAZ' a,

Hayatımın her anında olduğu gibi yüksek lisans sürecimde de bilgisi ve sevgisiyle sonsuz destek olan, abim mer Furkan BOYRAZ' a, ablam Tuğba BOYRAZ' a ve kardeőtım Mustafa Faruk BOYRAZ' a ve tüm aileme,

En içten dileklerimle teőekkürlerimi sunarım.

Nur Sueda BOYRAZ

ÖZET

Lise Öğrencilerinde Yeme Farkındalığı ile Olumsuz Beden Konuşmaları ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Etkileyen Faktörler

Amaç: Bu çalışmada, lise öğrencilerinde yeme farkındalığı ile olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı kesitsel tipte olan bu araştırma Kahramanmaraş ili Elbistan ilçesindeki devlet liselerinde öğrenim gören 614 öğrencinin katılımıyla Mayıs- Haziran 2019 tarihlerinde yapılmıştır. Verilerin toplanmasında 4 bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22 paket programı ile frekans, yüzde, bağımsız gruplarda Independent Sample-T, One-Way ANOVA Testi kullanılmıştır. $p<0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan adölesanların %51.0'ı kadın, %49.0'ı erkektir. Öğrencilerin %67.3'ü normal kiloludur. Erkeklerin YFÖ-30 puan ortalaması kadınların puan ortalamasından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Öğrencilerin BKİ değeri ile YFÖ-30 puan ortalaması arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş olup en az puan obez bireylere, en fazla puan iste normal kilolulara aittir ($p<0.05$). Kadınların OBKÖ puan ortalaması erkeklerin puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin BKİ değerleri ile OBKÖ puan ortalaması arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). SAÖ puan ortalaması normal kilolu bireylerde obez bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmada YFÖ-30 ile OBKÖ arasında negatif yönlü bir ilişki ($r= -0.180$), YFÖ-30 ve SAÖ arasında pozitif yönlü bir ilişki ($r=0.281$) bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırma sonuçlarına göre adölesanların yeme farkındalığı ile olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algıları arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sağlık ve beslenme ile ilgili doğru alışkanlıklar edinilmesi ve yeme farkındalığının artırılması için öğrenci ve ailelere beslenme ve farkındalık temelli eğitimler verilebilir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, Adölesan Beslenmesi, Yeme Farkındalığı, Sağlık Algısı, Kilo Konuşmaları

ABSTRACT

Investigation of the Relation Between Mindful Eating and Negative Body Talks and Perception of Health in High School Students and Affecting Factors

Aim: This study aimed to determine investigation of the relation between mindful eating and negative body talks and perception of health in high school students.

Material and Method: This descriptive cross-sectional study was carried out in May- June 2019 with the participation of 614 students studying in state high schools in Elbistan district of Kahramanmaraş province. A questionnaire form consisting of 4 parts was used to collect the data. The data were analyzed through SPSS 22.0 program with frequency, percentage, Independent Sample-T Test, One-Way ANOVA. Significance value was accepted as $p < 0.05$.

Results: 51.0% of the adolescents participating in the study are female and 49.0% are male. 67.3% of students are normal weight. The YFÖ-30 average score of male was higher than the average score of female ($p < 0.05$). The correlation between students BMI value and YFÖ-30 mean score was found to be significant and the minimum score belongs to obese individuals, the highest score belongs to normal weight individuals ($p < 0.05$). The female 's OBKÖ mean score was higher than the average score of male. A positive correlation was found between students' BMI values and OBKÖ mean score ($p < 0.05$). SAÖ mean score of normal weight individuals was higher than obese individuals ($p < 0.05$). In the research, a negative correlation was found between YFÖ-30 and OBKÖ ($r = -0.180$), positive correlation was found between YFÖ-30 and SAÖ ($r = 0.281$) ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the results of the research, it was determined that there was a relation between the mindful eating of adolescents, and negative body talks and their health perceptions. Nutrition and awareness-based trainings should be given to students and families in order to obtain correct habits regarding health and nutrition and to increase mindful eating.

Keywords: Nutrition, Adolescent Nutrition, Mindful Eating, Health Perception, Fat Talks

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MEQ	: Mindful Eating Questionnaire
Kcal	: Kilokalori
OBKÖ	: Olumsuz Beden Konuşmaları Ölçeği
SAÖ	: Sağlık Algısı Ölçeği
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
YFÖ	: Yeme Farkındalığı Ölçeği

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Dünya Sağlık Örgütü ‘ne göre yetişkin BKİ sınıflaması (kg/m ²).....	14
Tablo 4.1. Adölesanların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	18
Tablo 4.2. Adölesanların ve anne- babalarının beden kitle indekslerine göre dağılımları.....	19
Tablo 4.3. Adölesanların genel alışkanlıklar, kronik hastalık ve ideal kilo sorularına verdikleri yanıtlara göre dağılımları.....	20
Tablo 4.4. Adölesanların cinsiyet ve yaşlarına göre yeme farkındalığı, ve olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı toplam puanlarının dağılımı.....	21
Tablo 4.5. Adölesanların okul türü ve sınıflarına göre yeme farkındalığı, olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı toplam puanlarının dağılımı.....	22
Tablo 4.6. BKİ sınıflamasına göre yeme farkındalığı, olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı toplam puanlarının dağılımı.....	23
Tablo 4.7. Adölesanların anne- baba eğitim ve gelir düzeylerine göre yeme farkındalığı, olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı toplam puanlarının dağılımı.....	24
Tablo 4.8. Adölesanların haftalık spor saatleri ve sigara kullanma durumlarına göre yeme farkındalığı, olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı puanlarının dağılımı.....	25
Tablo 4.9. Yeme Farkındalığı alt grup puanlarının cinsiyete göre dağılımı.....	26
Tablo 4.10. Yeme Farkındalığı alt grup puanlarının adölesanların beden kitle indeksine göre dağılımı.....	26
Tablo 4.11. Olumsuz Beden Konuşmaları alt grup puanlarının cinsiyete göre dağılımı.....	27
Tablo 4.12. Olumsuz Beden Konuşmaları alt grup puanlarının beden kitle endeksine göre dağılımı.....	27
Tablo 4.13. Sağlık Algısı alt grup puanlarının cinsiyete göre dağılımı.....	28

Tablo 4.14. Sağlık Algısı alt grup puanlarının adölesanların beden kitle endeksine göre dağılımı.....28

Tablo 4.15. Yeme Farkındalığı, Olumsuz Beden Konuşmaları ve Sağlık Algısı Ölçekleri arasındaki korelasyon tablosu.....29



1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık kavramını şöyle tanımlamıştır: “Sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil aynı zamanda beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” (1).

Bireylerin algıladıkları sağlık düzeyinin saptanması için odaklanılması gereken bazı noktalar vardır ve bu noktaları, günlük yaşam aktivitelerinin sağlığa etkileri, iyi hissetme hali ve sağlıkla alakalı genel algılamalardan istenmeyen sapmaların belirlenmesi ve incelenmesi olarak sıralayabiliriz (2). Bununla beraber kişinin yaş, cinsiyet, medeni hal, meslek, eğitim düzeyi, ekonomik durumu ve yaşadığı bölgenin de “algılanan sağlık” ta etkisinin olduğu ifade edilmektedir (3).

Sağlık algısı, bireyin sağlığı olumlu yönde etkileyebilecek davranışlar edinmesi ve bu davranışların sürdürülebilmesini amaçlayan, sağlığın iyileştirilmesi süreci ile direkt ilişkili bir kavramdır (4). Sağlığı etkileyen en önemli etmenlerden biri beslenmedir (5).

Beslenme; kişinin sağlığını korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun ihtiyacı olan besin öğelerini yeterli miktarlarda alıp vücudunda kullanmasıdır (6).

Son zamanlarda sağlıklı beslenme üzerine yapılan çalışmalar daha spesifik yapılmakta olup, bir çok alt başlığa ayrılmıştır. Yeme farkındalığı kavramı da bu alt başlıklardan biridir. Yeme farkındalığı; yeme davranışının nasıl ve neden yapıldığını bilerek, fiziksel açlık tokluk terimini içselleştirip duyu ve düşüncelerin etkisinin farkına vararak, çevresel faktörlerden etkilenmeden, besin seçimi yapıp o sırada tüketilen besine odaklanarak yeme şekli olarak tanımlanmaktadır (7, 8). Yeme farkındalığı besine olan aşermeleri azaltırken kilo kontrolü sağlamaya da büyük ölçüde yardımcı olmaktadır (9).

Son yıllarda dış görünüşe duyulan ilgi giderek artmakta ve bu da kişilerin vücutlarının kusursuz görünmesi için ailelerinin ve çevrelerindeki insanların bu konudaki baskılarını artırmaktadır. Konu ile ilgili olarak kilo konuşmaları (fat talk) terimi Nichter ve Vuvkovic (1994) tarafından genellikle olumsuz bir şekilde bedenleri hakkında kendi aralarında konuşan adölesan kızların davranışlarını tanımlamak için geliştirilmiştir (10).

Kilo konuşmaları, kadınların vücutlarının dış görünüşleri ile ilgili yaptıkları negatif yorumlar (“Çok kilolu hissediyorum!” “ Basenlerim çok büyük!”) olarak

tanımlanır (11). Kilo ile ilgili konuşmalar genelde kişilerin kendini eleştirme, nesneleştirme (self-objectification), zayıf olma isteği ve yeme davranışıyla ilgili endişeleri içerir. Bir araştırmada kilo konuşmalarına maruz kalan kişilerde beden memnuniyetsizliği ve depresyon yüksekliği arasında pozitif yönde ilişki bulunmuş ve benlik kavramını negatif yönde etkilediği saptanmıştır (12).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10 ile 19 yaş aralığı olarak tanımlanan adölesan dönem, fiziksel ve psikososyal birçok değişimin yaşandığı çocukluk ve erişkinlik arası geçiş dönemidir (13, 14). Adölesan sağlığı bu dönemde kazanılan tutum ve alışkanlıklardan kısa veya uzun vadede etkilenmektedir. Bunlardan biri de yeme alışkanlıklarıdır (15).

Bu araştırmada, adölesan dönem içinde yer alan lise öğrencilerinin yeme farkındalığı ile olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin incelemesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönem ve Tanımı

Adölesan sözcüğü dilimize, Latince’ de “gelişmek, olgunlaşmak” anlamında kullanılan “adolescere” sözcüğünden geçmiştir (16). Bu döneme dair farklı tanımlamalar yapılsa da adölesan dönem bedensel, bilişsel ve psikososyal yönden gelişme ve olgunlaşmanın yaşandığı, çocukluk ve erişkinlik arası geçiş dönemidir (17- 20).

Dünya Sağlık Örgütü 10- 19 yaş aralığını “adölesan dönem” olarak tanımlarken 15- 25 yaş aralığını ise “ gençlik dönemi” olarak tanımlamıştır (21). Bu dönem genel manada; (11- 14 yaş) erken adölesan dönem, (15- 17 yaş) orta adölesan dönem ve (18- 20 yaş) geç adölesan dönem olmak üzere 3 bölümde incelenmektedir (22).

Kişiden kişiye farklılıklar gösteren adölesan dönem cinsiyet, genetik ve çevresel faktörlerden etkilenir (23).

2.1.1. Adölesan Dönemi Genel Özellikleri

Adölesan dönem, 1998 yılında yayınlanan Dünya Sağlık Raporu’nda en sağlıklı yaş dönemi olmasının yanı sıra sağlıklı ve uzun bir yaşama temel atılabilecek bir dönem olarak gösterilmiştir. Öte yandan adölesanlar yaşadıkları bu bedensel, ruhsal ve sosyal değişimlerden ötürü sağlık yönünden risk grubu olarak görülmektedir. Bu yaş aralığındaki bireylerin riskli davranışlara olan eğilimleri onları erişkinlerden ayıran önemli bir özelliktir. Nedeni ise bu yaş grubunun merak, öğrenme ve deneme döneminde olması ve bu durumun da onları tehlikeye açık hale getirmesidir (24).

Adölesan dönemde edinilen sağlıkla ilgili bilgi, beceri, davranış ve değerler kişilerin gelecekteki sağlığını ve yaşamını etkilediği için bu dönem “ kritik dönem” olarak ele alınmaktadır (24).

Adölesan Dönemde Fiziksel Gelişim

Bebeklik döneminden sonra büyüme hızının en fazla olduğu adölesan dönemde kemik gelişimi, boy- kilo artışı, kas ve yağ doku değişimleri gibi birçok fiziksel değişiklik meydana gelir (16). Bu fiziksel değişiklikler dıştan içe doğru (örn. önce el ve ayaklar sonra kol ve bacaklar büyür) olduğu için dengesizdir (25).

Adölesan dönemde kız ve erkeklerin vücut bileşiminde önemli değişiklikler görülmektedir. Bu dönemde erkeklerin yağsız vücut kütlesi, kızlara oranla daha fazladır. Çocukluk çağında vücut yağı toplam vücut ağırlığının yaklaşık %10-15' i iken; adölesan dönemde bu oran %20-25' lere ulaşmaktadır (26).

Adölesan dönemde artan kemik yoğunluğu sebebiyle vücudun kalsiyum gereksinimi artmaktadır (27). Bu gereksinme sonucu ihtiyaç duyulan besin öğelerinin yeterli oranda vücuda alınmaması halinde adölesanlar istenilen boy uzunluğuna erişememektedir (28, 29).

Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişim

Adölesan dönem, fiziksel gelişmeyle birlikte bilişsel gelişme, duygu durum değişimleri, içgüdüsel gereksinimler, aileden uzaklaşıp arkadaş çevresi ile yakınlaşma gibi davranışların görüldüğü ve bireylerin kimliklerinin oluştuğu karmaşık bir dönemdir (29, 30).

Adölesan dönemde ergenler ve ebeveynleri arasındaki ilişkiler kötü etkilenerek ruhsal yapılarının bozulmasına bu da beslenme alışkanlıklarının bozulmasına sebep olmaktadır. Bu bozulmalar ergenlerin okul başarısını kötü etkileyip sosyal manada geri kalarak aşırı yeme ve iştahsızlık gibi yeme bozukluklarını da beraberinde getirebilir. Bu nedenle adölesan dönemde meydana gelen ağırlık artışının ergenin psikososyal sağlığı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (31).

Her yönden (psikolojik, sosyal, fizyolojik) değişikliklerin yaşandığı bu dönemde adölesan, kendine ait bir beden algısı geliştirir, zamanla edindiği deneyimler ve çevresinin yardımıyla da beden algısına daha gerçekçi bir yaklaşımda bulunarak yetişkin bir beden algısı benimser (32, 33).

2.1.2. Adölesan Dönem ve Beslenme

Adölesan dönemde yeterli ve dengeli beslenme, büyüme ve gelişmenin zamanında tamamlanması ve vücudun hastalıklara karşı direnç kazanması bakımından büyük önem taşımaktadır (34).

Bu dönemde yeterli ve dengeli beslenmeme, adölesanın okuldaki başarısını kötü etkileyebileceği gibi demir eksikliği anemisi, büyüme- gelişmede gerilik ve obezite gibi çeşitli hastalıklara da neden olabilir. Adölesan dönemi çocuklarında genellikle sebze,

meyve ve günlük su tüketimi azalırken gazlı içecekler ve hazır meyve suları tüketimi artmaktadır (35).

Bu dönemde ergenler karşı cinsin dikkatini çekebilmek dış görünüşlerine daha çok önem verir. Özellikle kızlarda kilolu olma kaygısı daha fazla görülmüştür. Arkadaş çevresinin önem kazanmasıyla dışarıda geçirilen zaman da arttığından bireyler daha çok hazır gıdalara yönelir. Beslenme düzenleri bozulan ve kilolu olduğunu düşünen ergenler zayıflamak için tek besinden oluşan diyetlere başvurabilir veya ilaç kullanımına yönelebilirler (36).

Adölesanların bu dönemde hem büyüme hızı yüksek olduğu için hem de fiziksel olarak aktif oldukları için enerji gereksinimi yetişkinlere oranla daha fazladır. Enerji ihtiyacı ve büyüme doğru orantılıdır. Özellikle enerji ihtiyacı erkeklerde ortalama 16, kızlarda ortalama 12 yaşlarında artış gösterir ve bu artış yaş ilerledikçe düşmeye başlar (37). Günlük ortalama enerji ihtiyacı kız adölesanlar için 2207 kcal, erkek adölesanlar için 2718 kcal olarak verilmiştir (38). Alınan toplam enerjinin %50-60'ı kompleks ve yüksek lifli karbonhidratlardan gelmelidir (28).

Adölesanlarda günlük alınması gereken protein miktarı yeterli pubertal büyüme ve pozitif azot dengesi için kilogram başına 0.8-1 gr olmalıdır. Bunun büyük çoğunluğu hayvansal kaynaklı gıdalardan alınmalıdır (39, 40).

Diyette esansiyel yağ asitlerinin yetersiz alınımı büyümeyi olumsuz etkileyerek kısırlığa sebep olabilir. Bunun yanı sıra deride kuruluk, göz ve beyin gelişiminde aksaklıklar ve daha ileri yetersizliklerde karaciğer, böbrek ve dolaşım sisteminde bozukluklara neden olabilir (41). Adölesanlarda günlük doymuş yağ alımı, toplam enerjinin %10' unudan az olmalıdır (5).

Adölesan dönem çocukları için, yeterli kemik yoğunluğuna ulaşarak maksimum büyümeyi yakalayabilmeleri ve yetişkinliğe geçerken sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmaları açısından yeterli ve dengeli beslenme elzemdir (42).

2.2. Açlık Türleri

Literatüre göre yeme farkındalığı ile açlık türlerinden hücresel açlık, duyuşsal açlık ve duyuşsal açlık ilişkilendirilir (43).

2.2.1. Hücresel (Homeostatik) Açlık

Vücutta doku ve organların ideal düzeyde fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için ihtiyaç duyulan enerji besinlerle karşılanır. Hücresel açlık özetle fizyolojik olarak aç olma halidir. Homeostatik yeme, enerji alımını düzenlemekte etkili rol alan hipotalamustan ve periferik organlardan gelen sinyaller ile besin alımının gerçekleşmesi sonucu besin öğelerinin kan dolaşımında ve organlarda yeterli düzeye ulaşmasıdır (43, 44).

Hücresel açlığın fark edilebilmesi yeme farkındalığı ile kazandırılmakta olup enerji alımın azaltılması ile vücut ağırlığı denetiminde etkili olabilmektedir (44).

2.2.2. Duyusal (Hedonik) Açlık

Beslenme sadece homeostatik mekanizmalar tarafından kontrol edilseydi, insanlar beslenmeyi nefes alma veya eliminasyon gibi düşünür ve çoğu insan ideal kiloda olurdu. Ancak insanlar mükemmel bir yemek için çok büyük paralar ödeyebilmekte ve çoğu kişi lezzetli bir şekilde sunulan yemeği, homeostatik ihtiyaçların ötesinde yiyebilmektedir (43).

Duyusal (hedonik) açlık, zevk ve ödülle ilişkili beyin merkezlerinden gelen sinyaller ile besin alımını etkilemektedir (45). Besinin görüntü, tat, koku ve doku kombinasyonu ile oluşturduğu lezzete ek olarak verdiği haz tüketilen besin tercihini etkileyerek iştah kontrolünü de düzenleyebilmektedir (46).

Hedonik açlık, fizyolojik olarak aç olmayan bireylerin lezzetli bir yiyeceği tüketme isteğini arttırmaktadır. Bu duruma örnek olarak akşam yemeğini yeni yemiş ve tok olan birine sevdiği bir tatlıyı yemek isteyip istemediği sorulduğunda olumlu yanıt alınması verilebilir (47).

Homeostatik açlıkla kıyaslandığında hedonik açlığın daha güçlü bir açlık türü olduğu düşünülmektedir (48).

2.2.3. Duygusal Açlık

Duygusal açlık, fizyolojik ve duygusal doyum sağlansa da duygusal uyaranlara yanıt olarak meydana gelen açlık türüdür (49).

Kişiler duygusal açlıkta, açlık veya tokluk hissini ayırt etmekte zorlanmaktadır (50). Stres, anksiyete, depresyon, öfke gibi olumsuz duygular duygusal yemeyi meydana getirerek genellikle besin alımını artırmakta ve yeme alışkanlıklarını bozmaktadır. (49).

Duygusal yeme davranışı, bireylerin negatif duygularla baş edebilmek için besinleri kullanması ile ortaya çıkar. Böyle durumlarda kişiler pozitif duyguları öne çıkaracak besinleri tüketmeyi tercih etmektedirler (51). Bazı çalışmalar, karbonhidrat bakımından zengin gıdalar tüketen bireylerin ruh halinde iyileşmeler olduğunu göstermiştir (52). Bu durum fizyolojik olarak, tüketilen karbonhidratın beyinde serotonin salgılanmasına sebep olması ile açıklanmaktadır. Bununla birlikte proteinlerin de kan-beyin bariyerindeki triptofan düzeyini artırarak vücuttaki serotoninini yükseltmesi, duygu durumu üzerindeki pozitif etkisini göstermektedir (53). Bu durumla ilgili bir çalışma, akut strese triptofan içeriği yüksek hidrolize protein alımının pozitif duygu durumunu artırdığını göstermiştir (54). Ayrıca yapılan endokrinolojik araştırmalar, stres durumunda protein içeriği yüksek gıdaların kortizol düzeyinin artmasına engel olduğunu da belirtmiştir (55, 56).

Yapılan çalışmalar, genellikle duygusal yeme davranışı gösteren bireylerin, kilolu ve obez olma olasılığının yüksek ve vücut ağırlığı yönetiminin daha güç olduğunu göstermektedir (49, 57). Bu durumu destekleyen başka bir çalışmada da depresyon, duygusal yeme ve beden kitle indeksinin (BKİ) doğru orantılı olduğu belirtilmiştir (58).

Duygu durumu besin seçimi, sindirim ve metabolizma gibi beslenmenin tüm aşamalarında etkilidir. Pozitif duyguların yenilen yemekten zevk almayı sağladığı, daha kontrollü ve sağlıklı besin tüketimine yönelttiği yapılan çalışmalarla gözlenmiştir (57, 59)

Negatif duyguları bastırmak veya onlardan kaçınmaktansa bu duyguların farkında olmak, dikkat vermek ve ona göre davranmak, negatif duygularla baş etmede duygusal yemenin önüne geçebilmektedir. Araştırmalar, duygusal yeme ile ağırlık yönetiminin ters orantılı olduğunu göstermiştir (51, 53).

2.3. Yeme Farkındalığı

Beslenme araştırmacıları ve uygulayıcıları son zamanlarda diyet davranışını daha iyi anlamak ve nitelemek için “farkındalık” kavramını benimsemişlerdir. Kabat- Zinn ve arkadaşları tarafından literatüre geçen farkındalık kavramı, “şimdiki anı yargılamadan ve

herhangi bir uyarandan etkilenmeden tam bir bilinçle farkında olmak” olarak tanımlanabilir (60, 61).

Farkındalık, artan bağışıklık fonksiyonu, azalmış anksiyete ve kronik ağrı dahil olmak üzere birçok olumlu sağlık sonucuyla bağlantılı öğrenilmiş bir beceridir (62, 63).

Sağlıkla ilgili birçok durum ile ilişkilendirilen farkındalık kavramı yeme farkındalığı bağlamında özellikle porsiyon kontrolü sağlama, duygusal ve aşırı yemeyi engelleme gibi faktörler ile vücut ağırlığı denetiminin sağlanmasında etkili rol oynamaktadır (64- 66).

Yeme farkındalığı, yemek yediğini fark etmek anlamında değil de açlık hissi oluştuğu an hemen harekete geçmek yerine önce durup düşünmek sonra ne yediğinin farkında olup bilinçli tüketmek anlamına gelmektedir (50).

Yeme farkındalığı, yemek yerken veya yiyeceklerle ilgili bir ortamda fiziksel ve duygusal duyuları yargılamadan farkında olmak şeklinde tanımlanabilir. Yeme farkındalığı, bir kişinin neden ve nasıl yediğine dair farkındalık yarattığından, vücut ağırlığı yönetimi ve kilo kaybı bakımından faydalı bir beceri olabilir. Örneğin, yeme farkındalığı kişilerin tokluk sinyallerini tanıyarak can sıkıntısı, endişe, reklam gibi uyarılara yanıt vermemesine yardımcı olabilir. Farkındalık becerileri yemek planlama, kayıt tutma ve porsiyon kontrolü gibi kilo yönetimi için en sık öğretilen bilişsel becerilerden farklıdır. Bununla ilgili olarak bazı bilim adamları yeme farkındalığı kazandırılmadan yapılan kilo verme girişimlerinin uzun vadede başarılı olamayacağını bildirmişlerdir (67, 68).

Yeme farkındalığı ile yeme davranışına olan dikkatin artırılması ve besin alımı sırasında duygu ve düşüncelerin kontrolünün sağlanması ile daha sağlıklı besin tercihleri yapılabilmektedir (66).

2.3.1. Yeme Farkındalığı ve Ağırlık Yönetimine Etkisi

Yeme farkındalığı temelde, kişilerin beslenme ile ilgili tat, görüntü, doku gibi konularda tam farkındalığıdır. Bu farkındalık genelde besine olan aşermeleri azaltıp, çiğneme hızını yavaşlatmakta ve kilo yönetiminin sağlanmasında önemli rol oynamaktadır (8, 69).

Farkındalık ve yeme davranışı ilişkisinin incelendiği bir çalışmada farkındalık stres eğitimi verilen bireylerde yeme farkındalığı ölçeğinin alt boyutlarından duygusal yeme ve kontrolsüz yeme puanlarında anlamlı düşüşler görülmüştür (65).

Yeme farkındalığı eğitimi verilen kişilerin yüksek enerjili yiyecekleri daha küçük porsiyonlarda tükettikleri gözlenmiştir (70). Yapılan bir çalışmada yeme farkındalığı ile bireylerin uzun vadede vücut ağırlıklarını koruyabildikleri saptanmıştır (71).

Konu ile ilgili bir araştırmada kişilerin farkındalık ve kendini sevme durumu arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Farkındalık ve kendini sevme durumu fazla bulunan kişilerin kilo kaybı çalışmalarında daha başarılı olduğu tespit edilmiştir (65). Bu çalışmanın devamı niteliğinde olan bir başka çalışmada da farkındalık ve kendini sevme durumunun geliştirilmesinin kilo kaybı için faydalı olacağı savunulmuştur. Ayrıca olumsuz otomatik düşüncelerin kilo kaybı konusunda negatif yönde güçlü bir etkisinin olduğu belirtilmiştir (51).

Timmerman ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, kadınlara dışarda tüketilen besin tercihleri ve porsiyon kontrolünü de kapsayan yeme farkındalığı eğitimi verilmiş ve sonuçları incelendiğinde müdahale grubunun kilo kaybı artarken enerji ve yağ alımının anlamlı olarak azaldığı gözlemlenmiştir (72).

Tip 2 diyabet ve yeme farkındalığı ilişkisinin incelendiği randomize kontrollü bir araştırmada, yeme farkındalığı eğitimi verilen grupta ağırlık yönetimi bakımından fark görülmezken, enerji alımı ve şekerli gıdaların tüketiminde diğer gruba göre istatistiksel olarak azalma görülmüştür (73).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, yeme farkındalığı kazanımının, kişilerin ağırlık kaybını sağlamada ve duyuşsal ve duygusal yeme davranışının azaltılmasında önemli bir etken olduğu saptanmıştır. Kısa süreli yeme farkındalığı eğitimlerinin kişilerin ağırlık yönetimini sağlamada etkili olduğu ve bunların uzun süreli hale getirilmesi ile vücut ağırlığı yönetiminin sürdürülebilir olabileceği saptanmıştır (51, 74, 75).

2.4. Olumsuz Beden Konuşmaları

Kadınların vücut hoşnutsuzluğu onlarca yıldır yoğun bir şekilde araştırılsa da, araştırmacılar son zamanlarda kilo konuşmaları (fat talk) olarak bilinen bir fenomeni araştırmaya başlamıştır. Nichter ve Vuvkovic tarafından geliştirilen kilo konuşmaları terimi genel olarak, vücutlarının büyüklüğü ve şekli hakkında karşılıklı küçümseme

yapan kadınlar (tipik olarak akranları) ile karakterize bir terimdir. Bu tür konuşmalar, batı kültürlerindeki genç kadınlarla zaman geçirenler tarafından anında tanınmaktadır (10).

Batı kültürlerinde, kadınların bedenlerinin büyüklüğü ve şekli ile ilgili memnuniyetsizliği o kadar yaygındır ki bu durum “normatif hoşnutsuzluk” olarak adlandırılmaktadır. Rodin ve arkadaşları, “normatif” terimini tanımlayıcı bir norm (yani belirli bir davranış veya tutumun ne kadar tipik olduğunu gösteren bir norm) olarak ifade etmek için kullanmıştır (76). Bununla birlikte son çalışmalar, kadınların vücut memnuniyetsizliğinin de ihtiyati bir norm olabileceğini göstermektedir. Kadınlar, bedenlerindeki memnuniyetsizliği ifade edebilir çünkü sosyal çevrelerinin bu tür bir kendini aşağılamayı onayladığını düşünmektedir. Böylece, normatif hoşnutsuzluk, kadınların nasıl hissetmeleri gerektiğini dikte etmek için hislerini açıklamanın ötesine geçebilmektedir (77).

Kilo konuşmaları (fat talk) terimi, kadınların birbirleriyle vücutlarının büyüklüğü/şekli hakkında genellikle olumsuz bir şekilde (örn.“Ah! Çok kilolu hissediyorum”, “Ciddi misin? Sen kilolu falan değilsin, asıl ben kiloluyum!”) konuşan ergen kızlara atıfta bulunmak için kullanılmıştır (11). Bu ağırlık ve görünüş odaklı konuşmalar, çeşitli kadın sosyal gruplarında ve farklı yaşlarda gerçekleşmektedir. Hatta daha olumlu beden imajına sahip gibi görünen ergen kadın sporcular bile bu konuşmalara dahil olmaktadır (78).

Üniversite okuyan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların neredeyse tümünün arkadaşlarıyla olumsuz beden konuşmaları yaptığı ve bu kadınların yaklaşık üçte birinin sık veya çok sık olarak bu konuşmalara dahil olduğu belirtilmiştir (11).

Olumsuz beden konuşmaları teoride kişilerin kendilerini yeterince ince görmediğine dair mesajlar içerir ve böylece kişilerin kendi görünümünden rahatsız olmasına sebep olur. Kilo konuşmalarının bu negatif mesajlarının bireyler üzerinde olumsuz etki yarattığı düşünülmektedir (79). Bunun en önemli sebebi ise batı kültüründe dış görünüşün en temel değerlendirme boyutu olmasıdır (80).

Nichter, kadınların bedenleri hakkında algılanan davranış standartlarına ve onların sosyal gruplarına uyum sağlamak için normatif vücut memnuniyetsizliği kavramı ile tutarlı, olumsuz yorumlar yapabileceklerini iddia etmiştir (81). Akranların yaptığı kilo konuşmaları, ince beden idealinin farkındalığını artırarak ve uygulayarak medyaya maruz kalmaya benzer bir rol oynayabilir (82- 84)

Vücut memnuniyetsizliğinin yeme bozukluğu, azalan öz-saygı ve artan sosyal kaygı gibi birçok psikolojik sonucu oluşturmaktadır (85, 86).

Konu ile ilgili bir çalışmada, kilo konuşmalarının kadınlarda vücut memnuniyetsizliği, suçluluk duygusu, depresyon ve kaygı gibi sonuçlar doğurduğu ve benlik kavramının olumsuz yönde etkilenebileceği savunulmuştur (12).

Yapılan araştırmalara bakıldığında, olumsuz beden konuşmaları ile BKİ arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamış olsa da yetişkin kadınlarda vücut memnuniyetsizliği ile BKİ ilişkisinin pozitif yönlü olduğu belirtilmiştir (11, 12, 87, 88).

Başka bir çalışmada, yeme bozuklukları ve kilo konuşmaları ilişkisine bakılmış ve yeme bozukluğu olan kişilerde, olmayanlara oranla bu tür konuşmalara katılma sıklığı daha fazla görülmüştür. Bununla birlikte yeme bozukluğu olmayan kişilerin de kilo konuşmaları yaptığı belirtilmiştir (89).

Yapılan çalışmalar cinsiyet farklılıkları açısından incelendiğinde, kadınlarda vücut memnuniyetsizliği erkeklere kıyasla daha fazla görülmektedir (88). Erkeklerde ise vücut tatmini daha çok yağsızlık ve kaslı görünümle ilişkilendirilmiştir. Olumsuz beden konuşmalarına katılan erkeklerin, daha yüksek kas gücü isteği, beden memnuniyetsizliği ve daha uzun görünme ile ilgili kaygılarının olduğu saptanmıştır (90).

2.5. Sağlık Algısı

Sağlık, evrensel bir kavram olsa da anlamı kişiler ve toplumlar açısından değişkenlik göstermektedir. DSÖ, sağlık kavramını yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil aynı zamanda beden, ruhen ve sosyal yönden de tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (1). Kişiler ve toplumlar açısından bakıldığında ise nasıl algılandığına göre sağlığın tanımı da farklılık gösterebilmektedir (3).

Sağlık algısı kavramı genel olarak kişilerin kendi sağlığını değerlendirmesi olarak özetlenebilmektedir. Bireyin kendi sağlık durumuna yönelik subjektif düşünce, duygu, beklenti ve önyargılarını içeren bir durumdur. Bireysel sağlık algısı mortalite, morbidite, bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik durumunu ölçen önemli bir göstergedir. Sağlık algısı hem subjektif hem de objektif değerlendirmeler ile yakından ilgilidir (91).

Subjektif sağlık, kişilerin kendi sağlık durumunu fiziksel, duygusal ve sosyal yönden algılamasıdır. Bu duruma göre kişi fiziksel anlamda hasta olmasa da kendini hasta

olarak algılayabilmekte veya hasta olduğu halde kendini sağlıklı olarak algılayabilmektedir (91).

Objektif sağlık ise kişide tıbbi tanı ve muayene testleri sonucunda herhangi bir hastalığın olmayışıdır. Bir kişinin sağlıklı olarak tanımlanabilmesi için objektif olarak sağlıklı değerlendirilmesinin yanı sıra kişinin kendini subjektif olarak da sağlıklı görmesi gerekmektedir (3).

Bireylerin kendilerini hastalıklardan korumak ve sağlıklı kalmak için göstermiş olduğu sağlık davranışlarının oluşumunda inanç ve tutumlar etkili olmakta ve bunlar da kişilerin sağlığını etkilemektedir (92).

Sağlık algısı, kişinin kendi sağlığına yönelik öznel düşünce, duygu, beklenti ve önyargılarının toplamı olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin kendi sağlığı ile ilgili olumlu inançlar barındırması “iyi sağlık algısı”, olumsuz inançlar barındırması ise “kötü sağlık algısı” olarak değerlendirilmektedir. Sağlık inanç modeli, sağlık algısının sağlık davranışlarının yanı sıra sağlık sorumluluğunu da etkilediğini savunmaktadır. Bu bağlamda sağlık algısı, bireylere sağlığı iyileştirici davranışlar kazandırılması ve sürdürülmesini amaç edinmektedir. Bununla birlikte sağlığın geliştirilmesi süreci ile de birebir ilişkili bir kavramdır (4).

Sağlık algısı, bireylerin kendi sağlık durumuna yönelik yapmış olduğu subjektif çıkarımlardır ve bu çıkarımlar kişilerin kendi yaşam şartları ve bakış açısı doğrultusunda farklılıklar gösterebilmektedir. Bazı insanlar çeşitli kronik hastalık durumlarında bile kendilerini sağlıklı görmekte bazıları ise objektif olarak herhangi bir hastalığı olmasa da kendilerini hasta olarak algılayabilmektedir. Bu sebeple bireylerin sağlık algıları biyolojik, psikolojik ve sosyal hallerinden dolayı değişkenlik göstermekte olup bu durumlara göre kendilerini değerlendirmelerin sağlayan basit ama güçlü bir göstergedir (93).

Yapılan çalışmalar sağlık algısının obezite, fizik aktivite, sigara ve alkol kullanımı gibi sağlık davranışları ile ilişkisinin yanı sıra gelir düzeyi ve yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyoekonomik ve sosyodemografik faktörlerle de ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Bununla birlikte kültürel ve sosyal çevrenin de sağlık algısını yakından etkileyen faktörler olduğu belirtilmiştir (3, 91).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, Elbistan ilçesinde bulunan lise öğrencilerinin yeme farkındalıkları, olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algıları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verileri Kahramanmaraş ili Elbistan ilçesinde Mayıs- Haziran 2019 tarihleri arasına toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini Elbistan ilçe merkezinde bulunan 7480 devlet lisesi öğrencisi oluşturmaktadır. Örneklem, toplam 7480 evrenden, $n = N \times \frac{t}{2 \times p \times q / d^2(N-1) + t}$ ortalama puan formülü ile örneklem sayısı 614 olarak hesaplanmış ve her bir okuldan araştırmaya katılacak öğrenci sayısı tablodaki gibi bulunmuştur.

Okul Adı	9. sınıf	10. sınıf	11. sınıf	12. sınıf	Toplam	Alınacak öğrenci
Elbistan İMKB Fen Lisesi	123	150	135	133	541	44
Elbistan Akşemsettin Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	102	101	129	116	448	37
Elbistan Anadolu İmam Hatip Lisesi	269	172	83	72	596	49
Elbistan Anadolu Lisesi	249	142	137	222	750	62
Elbistan Bahçelievler Kız Anadolu İmam Hatip Lisesi	149	209	142	85	585	48
Elbistan Dulkadiroğlu Anadolu Lisesi	261	137	194	210	802	66
Elbistan Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	420	345	236	288	1289	106
İMKB Gazi Mustafa Kemal ÇPL	144	153	107	132	536	44
Mükrimin Halil Anadolu Lisesi	275	170	195	214	854	70
Yavuz Selim Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	97	146	85	104	432	36
Elbistan Çok Programlı Anadolu Lisesi	224	193	138	92	647	53
Toplam	2313	1918	1581	1668	7480	614

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışma verilerinin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Anketler, ilçedeki 11 lisede araştırmaya katılmayı kabul eden 614 öğrenciye sınıf ortamında dağıtılarak yapılmıştır.

Anket formu 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümünü sosyodemografik bilgiler oluşturmaktadır. İkinci bölümde Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ), üçüncü bölümde Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) ve dördüncü bölümde Olumsuz Beden Konuşmaları Ölçeği (OBKÖ) bulunmaktadır.

3.4.1. Anket Formu

Anket formunun birinci bölümünü sosyo-demografik bilgiler, okul, sınıf, öğrencilerin ve anne-babalarının boy, kilo, BKİ değerleri ile ailenin geliri, ideal kiloda olduğu düşünüp düşünmeme, anne ve babaların eğitim düzeyleri, tanısı konmuş kronik hastalık, kardeş sayısı, sigara kullanma durumu ve haftalık yapılan spor saatleri soruları oluşturmaktadır.

Öğrenci beyanları üzerine alınan boy ve kilo bilgileri ile BKİ değerleri araştırmacı tarafından hesaplanmıştır. Adölesan dönem içinde yer alan öğrencilerin ise BKİ değerleri yaş ile değişkenlik gösterdiği için Percentil tabloları ile bulunmuştur (94).

Anne ve babalarının BKİ değerleri, (Vücut Ağırlığı (kg)/ Boy Uzunluğu (m)²) formülü ile hesaplanmış ve değerlendirmede DSÖ' nün BKİ sınıflaması kullanılmıştır (Şekil 3.1).

Tablo 3.1. Dünya Sağlık Örgütü 'ne göre yetişkin BKİ sınıflaması (kg/m²)

Sınıflama	BKİ
Zayıf	<18.5
Normal	18.5- 24.9
Fazla kilolu	25- 29.9
Obez	≥ 30
I. Derece obez	30- 34.9
II. Derece obez	35- 39.9
III. Derece morbid obez	≥ 40

3.4.2. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ- 30)

Yeme Farkındalığı Ölçeği, yeme bağlamında farkındalığı (yemeğe verilen dikkati) değerlendirmek amacıyla ilk olarak Framson ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Orijinal adı Mindful Eating Questionnaire (MEQ) olan ve 28 sorudan oluşan ölçekte sorular 4'lü likert skala ile değerlendirilmektedir (1:hiç /nadiren, 2:bazen, 3: sık sık, 4: genellikle/her zaman). Bu ölçek disinhibisyon (tokken yemekten kaçınma yeteneği), farkındalık (besinin kokusu, dokusu ve tadı konusundaki farkındalığı), dış etkenler (dış uyarılara karşı bireyin yeme eğilimi), duygusal cevap (olumsuz duygulara tepki olarak yeme eğilimi) ve dikkat dağılması (yeme sırasında dağılan dikkat) olmak üzere 5 alt faktörden oluşmaktadır (95).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlanırken ölçekte bazı maddeler değiştirilmiş ve yeni maddeler eklenmiştir. Böylece toplam 30 sorudan oluşan yeni Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) oluşturulmuştur. Bu ölçek 7 alt faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin alt faktörleri, çalışmanın yapıldığı örnekleme ile ilgili daha detaylı bilgi vermektedir.

1. Disinhibisyon: kendini tutma, miktar ve zaman kontrolü
2. Duygusal Yeme: duygusal açlık, iyi hissetme ve tatmin için yeme
3. Yeme Kontrolü: yeme hızını ayarlama, yeme işlevinin kontrolünü elinde tutma
4. Odaklanma: yemeğin kendisine- tadına odaklanma, yemek yerken başka düşünce ve aktivitelere ara verme
5. Yeme disiplini: planlama, hazırlanma, dengeleme, bulundurma, düzen, saat
6. Farkındalık: fiziksel açlık-tokluk farkındalığı, kalori ve besin değeri bilgisi, sağlıklı beslenme bilgisi, alışkanlık farkındalığı
7. Enterferans: koku, görüntü, ses gibi sensoriyel etmenlere, davet, besin çeşitliliği ya da reklam gibi çeldiricilerle baş edebilme şeklindedir

Sorular 5'li likert skala ile değerlendirilmiştir (1=hiç, 2=nadiren, 3=bazen, 4=sık sık, 5=her zaman). Ölçekte 20 soruda ters* puanlama yapılırken geri kalan 1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25 ve 27. sorularda düz puanlanma yapılmıştır. (*Ters Puanlama: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

Ölçek puanları hesaplanırken alt faktörler ve toplam puanın ortalaması alınır. Toplam ölçek puanı veya alt faktörlerin puanı ne kadar yüksek ise yeme farkındalığı da o kadar yüksektir (7).

3.4.3. Olumsuz Beden Konuşmaları Ölçeği (OBKÖ)

Olumsuz Beden Konuşmaları Ölçeği, Engeln- Maddox, Salk ve Miller tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akın ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır. 13 maddeden oluşan ölçekte sorular 7’li likert skala ile değerlendirilmektedir (1=asla, 7=her zaman).

Ölçeğin, beden kaygısı ve beden karşılaştırması olmak üzere 2 alt boyutu vardır. Beden kaygısı kişilerin kilo ile ilgili kaygısını yansıtırken beden karşılaştırması da ideal vücut ölçüsü ve kilo bakımından diğerleri gibi olma beklentisini yansıtmaktadır (96).

Toplam ölçek puanı ve alt boyutların puanı ne kadar yüksek ise kişilerin olumsuz beden konuşmalarına katılımları da o kadar yüksektir.

3.4.4. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

Diamond ve arkadaşlarının 2007 yılında sağlık algısını değerlendirmek için geliştirdiği Sağlık Algısı Ölçeği, 15 sorudan oluşmaktadır (92). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kadioğlu ve Yıldız tarafından 2012 yılında yapılmıştır.

Ölçek 4 alt faktörden (kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik, sağlığın önemi) oluşmaktadır. 5’li likert tipi olan ölçekte 1. , 5. , 9. , 10. , 11. ve 14. sorular olumlu ve 2. , 3. , 4. , 6. , 7. , 8. , 12. , 13. ve 15. sorular olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler “çok katılıyorum=5”, “katılıyorum=4”, “kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanırken olumsuz ifadeler ters puanlanmıştır. Ölçekten en az 15, en fazla 75 puan alınabilmektedir.

Kontrol merkezi alt faktörü; kişinin sağlıklı olmayı kendisinin dışındaki sebeplere (şans, kader, inanç vb.) bağlayıp bağlamadığı yani sağlıklı olmada kontrolün kendinde mi olduğu ve sağlığını değiştirme ile ilgili öz güvenini belirlemeye yöneliktir. 2. , 3. , 4. , 12. , 13. maddeleri kapsar ve olumsuz tutum olduğu için ters puanlanmaktadır.

Kesinlik alt faktörü; kişinin sağlıklı kalmaya yönelik yapılması gerekenler konusunda kesin bir fikre sahip olup olmadığını ölçmeye yöneliktir. 6. , 7. , 8. , 15. maddeleri kapsar ve ters puanlanır.

Öz farkındalık alt faktörü; kişinin sağlıklı olamaya yönelik egzersiz ve doğru beslenme ile ilgili öz farkındalığını, sağlığın kendi elinde olup olmadığına dair inanç düzeyini belirlemeye yöneliktir. 5.10. ve 14. maddelerdir ve olumlu tutumu ifade eder.

Sağlığın önemi alt faktörü; kişinin sağlığına verdiği önemi ve önceliği ile bu konuda ne derecede maddi fedakarlık yapabileceğini belirlemeye yöneliktir. 1, 9, 11. maddelerdir ve olumlu tutumu ifade eder (97).

Toplam ölçek puanı ve alt faktörlerin puanı ne kadar fazlaysa kişilerin sağlık algısı da o kadar fazladır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

- Bağımlı Değişkenler: Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ) ,Olumsuz Beden Konuşmaları Ölçeği (OBKÖ) ve Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) toplam puanları
- Bağımsız Değişkenler: okul, sınıf, cinsiyet, yaş, BKİ değerleri, olmak istenen ideal kilo, ailenin geliri, anne- baba eğitim düzeyi, kronik hastalık, sigara kullanımı ve haftalık yapılan spor saati gibi özelliklerdir.

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada anket formu aracılığı ile elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlanarak SPSS 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde değerleri hesaplanarak yorumlanmıştır. Verilerin normal dağılımına uygunluğuna bakmak için kolmogorov smirnov testi kullanılmıştır. İki bağımsız grup karşılaştırmasında “Independent Sample-t” testi, bağımsız üç veya daha fazla grup karşılaştırmalarında ise “ANOVA” testi kullanılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkinin derecesini, büyüklüğünü ve yönünü incelemek için Pearson Korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için öncelikle İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 11.04.2019 tarihli 2019/8-30 karar sayılı onay alınmıştır (EK-1). Ardından Elbistan Kaymakamlığı ve İlçe Milli Eğitim Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca İlçe Milli Eğitim Müdürlüğünden okul yönetimlerine resmi yazı ile ön bilgilendirme gönderilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, Kahramanmaraş ili Elbistan ilçesinde öğrenim gören devlet lisesi öğrencileri ile sınırlandırılmıştır. Verilerin toplanmasında yalnızca anket formu kullanılmış olup öğrencilerin ad soyad bilgileri alınmamıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Adölesanların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=614)

	n	%		n	%
Cinsiyet			Okul Türleri		
Kız	313	51.0	Fen Lisesi	44	7.2
Erkek	301	49.0	Sağlık Meslek Lisesi	37	6.0
Yaş			Anadolu Lisesi	198	32.2
14-16 yaş	416	67.8	İmam Hatip Lisesi	97	15.8
17-18 yaş	198	32.2	Meslek Lisesi	238	38.8
Anne Eğitimi			Sınıf		
İlkokulu bitirmemiş	52	8.5	9. Sınıf	268	43.6
İlkokul mezunu	264	43.0	10. Sınıf	127	20.7
Ortaokul mezunu	157	25.6	11. Sınıf	177	28.8
Lise mezunu	98	16.0	12. Sınıf	42	6.8
Üniversite mezunu	43	7.0			
Baba Eğitimi			Ailenin Aylık Geliri		
İlkokulu bitirmemiş	17	2.8	2020 TL ve altı	165	26.9
İlkokul mezunu	155	25.2	2021- 3999 TL	242	39.4
Ortaokul mezunu	167	27.2	4000- 5999 TL	146	23.8
Lise mezunu	181	29.5	6000- 8999 TL	45	7.3
Üniversite mezunu	94	15.3	9000 TL ve üstü	16	2.6

Tablo 4.1 değerlendirildiğinde çalışmaya katılan öğrencilerin %51.0'ının kız, %67.8'inin 14-16 yaş grubunda olduğu, %7.2'si fen lisesine, %6.0'ı sağlık meslek lisesine, %32.0'ı anadolu lisesine, %15.8'i imam hatip lisesine, %38.8'i meslek lisesine mensup ve %43.6'sının 9. Sınıf öğrencisi olduğu saptanmıştır.

Adölesanların anne- baba eğitim düzeyleri incelendiğinde %43.0'ının annesinin ilkokul mezunu, %29.5'inin babasının lise mezunu olduğu tespit edilmiştir. Adölesanların %39.4'ünün ailesinin aylık geliri 2021 TL ve 3999 TL arasındayken %2.6'sının ailesinin aylık geliri 9000 TL ve üzerinde olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Adölesanların ve anne- babalarının beden kitle indekslerine göre dağılımları (n=614)

	N	%
BKİ		
Zayıf	84	13.7
Normal	413	67.3
Hafif Şişman	86	14.0
Obez	31	5.0
Anne BKİ		
Zayıf	5	0.8
Normal	170	27.7
Hafif Şişman	294	47.9
Obez	145	23.6
Baba BKİ		
Normal	192	31.3
Hafif Şişman	327	53.3
Obez	93	15.1

Tablo 4.2 incelendiğinde, adölesanların %13.7'sinin zayıf, %67.3'ünün normal, %14.0'ının hafif şişman ve %5.0'ının obez olduğu, %47.9'unun annesinin hafif şişman, %53.3'ünün babasının hafif şişman olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3. Adölesanların genel alışkanlıklar, kronik hastalık ve ideal kilo sorularına verdikleri yanıtlara göre dağılımları (n=614)

	n	%
Sigara içiyor musunuz?		
Evet	71	11.6
Hayır	543	88.4
Olmak istediğiniz ideal kiloda mısınız?		
Evet	266	43.3
Hayır	348	56.7
Kronik bir hastalığınız var mı?		
Evet	29	4.7
Hayır	585	95.3
Haftada kaç saat spor yapıyorsunuz?		
Hiç yapmıyorum	268	43.6
1-3 saat	233	37.9
4-6 saat	52	8.5
6 saatten fazla	62	9.9

Tablo 4.3 incelendiğinde, araştırmaya katılan adölesanların %11.6'sının sigara kullandığı, %43.6'sı hiç spor yapmazken %9.9'unun haftada 6 saatten fazla spor yaptığı, %95.3'ünün kronik bir hastalığının olmadığı saptanmıştır. Adölesanların %56.7'si olmak istedikleri ideal kiloda bulunmadıklarını belirtmiştir.

Tablo 4.4. Adölesanların cinsiyet ve yaşlarına göre yeme farkındalığı, olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı toplam puanlarının dağılımı (n=614)

Cinsiyet	YFÖ-30		OBKÖ		SAÖ	
	AO	SS	AO	SS	AO	SS
Erkek	94.98	12.96	33.43	17.94	48.39	7.22
Kız	91.69	13.75	40.24	20.81	48.83	7.15
p	0.002		0.001		0.453	

Yaş	AO	SS	AO	SS	AO	SS
	14- 16 yaş	93.25	14.04	37.80	20.21	49.12
17- 18 yaş	93.40	12.16	35.03	18.61	47.56	6.75
p	0.898		0.104		0.012	

Tablo 4.4 değerlendirildiğinde, araştırmaya katılan adölesanların cinsiyetlerine göre YFÖ-30 ve OBKÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Erkek öğrencilerin YFÖ-30 toplam puanları kız öğrencilere göre istatistiksel olarak daha yüksek, OBKÖ toplam puanı ise istatistiksel olarak daha düşük saptanmıştır.

Adölesanların yaş gruplarına göre SAÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). 14- 16 yaş grubunun SAÖ toplam puanı 17-18 yaş grubuna göre istatistiksel açıdan yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.5. Adölesanların okul türü ve sınıflarına göre yeme farkındalığı, olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı toplam puanlarının dağılımı (n=614)

Okul türü	YFÖ		OBKÖ		SAÖ	
	AO	SS	AO	SS	AO	SS
Fen Lisesi	90.40	13.84	37.81	19.54	49.50	6.36
Sağlık M. Lisesi	92.91	10.45	41.08	19.86	45.91*	6.89
Anadolu Lisesi	92.97	13.34	37.46	19.92	49.72*	7.91
İmam H. Lisesi	96.39	14.26	38.73	23.30	47.92	6.64
Meslek Lisesi	92.91	13.46	34.88	18.40	48.23	6.81
p	0.112		0.264		0.016	

Sınıf	AO	SS	AO	SS	AO	SS
9. Sınıf	93.43	14.20	38.13	20.86	49.15*	7.42
10.Sınıf	93.10	13.26	38.38	19.25	49.26	6.82
11. Sınıf	93.01	12.97	35.16	18.56	47.21*	6.85
12.Sınıf	94.28	11.45	31.97	17.83	49.11	7.50
p	0.948		0.124		0.023	

*Farkı yaratan grup

Tablo 4.5 incelendiğinde, Anadolu Lisesi ve Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinin SAÖ toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Anadolu Lisesi öğrencilerinin SAÖ toplam puanları sağlık meslek lisesi öğrencilerinde istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan 9. sınıf öğrencilerinin SAÖ toplam puanları 11. sınıf öğrencilerinden istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.6. BKİ sınıflamasına göre yeme farkındalığı, olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı toplam puanlarının dağılımı (n=614)

	YFÖ		OBKÖ		SAÖ	
Katılımcı BKİ	AO	SS	AO	SS	AO	SS
Zayıf	91.03*	12.58	26.67*	12.81	48.05	7.03
Normal	95.01*	13.11	35.61*	18.72	49.18*	7.08
Hafif Şişman	90.76*	13.27	46.52*	22.71	47.69	7.34
Obez	83.70*	15.28	55.16*	17.46	45.06*	7.48
p	0.001**		0.001**		0.007	
Anne BKİ	AO	SS	AO	SS	AO	SS
Zayıf	87.00	16.67	32.80	20.52	48.40	8.79
Normal	92.92	13.53	34.16*	18.86	48.27	7.22
Hafif Şişman	93.84	13.59	36.29	19.14	48.56	7.01
Obez	92.86	13.04	41.51*	21.25	49.13	7.48
p	0.604		0.008		0.767	
Baba BKİ	AO	SS	AO	SS	AO	SS
Normal	94.08	14.11	33.74*	19.23	48.77	7.18
Hafif Şişman	93.28	12.85	37.57	19.64	48.50	7.02
Obez	91.94	14.19	41.56*	20.15	48.67	7.84
p	0.453		0.005		0.914	

*Farkı yaratan grup **p<0.01

Tablo 6 incelendiğinde, BKİ sınıflamasına göre YFÖ-30 toplam puanı en yüksek grup normal, en düşük grup ise obez bireylerdir. Tüm gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.01). BKİ sınıflamasına göre SAÖ toplam puanı en yüksek grup normal, en düşük grup ise yine obez bireylerdir. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). BKİ sınıflamasına göre OBKÖ toplam puanı en yüksek grup obez, en düşük grup ise zayıf bireylerdir. Tüm gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.01).

Adölesanların annelerinin BKİ sınıflamasına göre YFÖ-30 ve SAÖ toplam puanlarında anlamlı bir fark bulunmazken OBKÖ toplam puanı, anneleri obez

sınıflamasında olanların, anneleri normal sınıflamasında olanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Adölesanların babalarının BKİ sınıflamasına göre YFÖ-30 ve SAÖ toplam puanlarında anlamlı bir fark bulunmazken OBKÖ toplam puanı, babaları obez sınıflamasında olanların, babaları normal sınıflamasında olanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.7. Adölesanların anne- baba eğitim ve gelir düzeylerine göre yeme farkındalığı, olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı toplam puanlarının dağılımı (n=614)

	YFÖ		OBKÖ		SAÖ	
	AO	SS	AO	SS	AO	SS
Anne Eğitimi						
İlkokulu bitirmemiş	94.74	11.05	37.13	19.66	46.61	6.18
İlkokul mezunu	93.04	13.55	37.02	20.54	49.00	7.11
Ortaokul mezunu	92.94	13.65	37.24	19.45	48.70	6.88
Lise mezunu	95.27	13.84	36.07	17.87	48.84	7.58
Üniversite mezunu	89.95	13.63	36.60	20.66	47.83	8.62
p	0.235		0.993		0.246	
Baba Eğitimi						
İlkokulu bitirmemiş	95.00	10.45	36.35	22.66	48.41	7.83
İlkokul mezunu	93.92	13.91	37.20	20.45	47.92	6.82
Ortaokul mezunu	93.96	13.18	35.35	18.61	48.28	6.47
Lise mezunu	92.51	13.87	37.75	19.77	49.70	7.49
Üniversite mezunu	92.31	12.96	37.64	20.13	48.27	8.10
p	0.714		0.820		0.187	
Gelir Düzeyi						
2020 ve altı	95.00	13.60	37.83	19.86	48.32	6.78
2021- 3999	93.54	13.63	35.53	19.79	48.87	7.72
4000- 5999	91.86	12.79	36.93	19.41	48.19	7.41
6000-8999	91.57	13.32	39.48	20.83	49.26	7.06
9000 ve üstü	90.06	14.70	40.75	17.90	49.75	9.08
p	0.196		0.574		0.764	

Tablo 4.7 incelendiğinde, adölesanların anne- baba eğitimleri ve gelir düzeylerine göre yeme farkındalığı, sağlık algısı ve olumsuz beden konuşmaları toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Adölesanların haftalık spor saatleri ve sigara kullanma durumlarına göre yeme farkındalığı, olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı puanlarının dağılımı (n=614)

Haftalık Spor	YFÖ		OBKÖ		SAÖ	
	AO	SS	AO	SS	AO	SS
Hiç	92.05	13.46	38.16	20.39	47.86*	6.72
1-3 saat	93.66	13.63	37.33	19.62	48.63	7.09
4-6 saat	95.84	12.97	34.00	17.62	50.82*	7.02
6 saaten fazla	95.16	12.87	32.27	18.44	49.95	8.99
p	0.137		0.129		0.019	
Sigara içiyor	AO	SS	AO	SS	AO	SS
	90.38	13.60	36.32	17.67	44.42	6.88
Sigara içmiyor	93.68	13.40	36.98	20.00	49.16	7.04
	p	0.057		0.771		0.001**

*Farkı yaratan grup ** $p<0.01$

Tablo 4.8 incelendiğinde, adölesanların haftalık spor saatleri ile SAÖ toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre haftalık 4-6 saat spor yapanların SAÖ toplam puanı hiç spor yapmayanlara göre istatistiksel olarak yüksektir ($p<0.05$).

Adölesanların sigara kullanma durumları ve SAÖ toplam puanları karşılaştırıldığında sigara içmeyenlerin puanları içenlerden istatistiksel açıdan daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$)

Tablo 4.9. Yeme Farkındalığı alt grup puanlarının cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kız		p
	AO	SS	AO	SS	
Disinhibisyon	15.54	4.42	15.05	4.54	0.176
Duygusal Yeme	17.54	4.72	13.70	5.15	0.001
Yeme Kontrolü	14.08	3.34	15.08	3.32	0.001
Odaklanma	15.68	2.84	15.90	2.50	0.303
Yeme Disiplini	11.29	3.09	10.96	2.91	0.169
Farkındalık	13.62	2.70	14.14	2.85	0.022
Enterferans	7.19	1.88	6.83	2.01	0.021

Tablo 4.9 incelendiğinde, yeme farkındalığı alt boyutlarından duygusal yeme ve enterferans puanları erkek öğrencilerde kız öğrencilere göre istatistiksel olarak daha yüksek olup yeme kontrolü ve farkındalık puanları ise kız öğrencilerde erkeklere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.10. Yeme Farkındalığı alt grup puanlarının adölesanların beden kitle indeksine göre dağılımı

YFÖ- Faktör	Zayıf		Normal		Hafif Şişman		Obez		p
	AO	SS	AO	SS	AO	SS	AO	SS	
Disinhibisyon	14.5	4.3	15.7*	4.4	14.7	4.5	13.4*	4.5	0.005
Duygusal Yeme	14.8	4.8	15.7	5.2	16.1	5.7	13.8	5.8	0.107
Yeme Kontrolü	14.3*	3.3	15.0*	3.2	13.1*	3.1	12.4*	3.8	0.001
Odaklanma	16.0	2.7	15.9	2.6	15.2	3.8	15.0	2.9	0.044
Yeme Disiplini	10.8	3.3	11.3*	2.9	10.7	2.6	9.7*	3.4	0.009
Farkındalık	13.6	2.7	14.0*	2.8	13.6	2.6	12.7*	3.0	0.026
Enterferans	6.8	1.9	7.0	1.9	7.1	2.0	6.5	2.0	0.287

* Farkı yaratan grup

Tablo 4.10 incelendiğinde, yeme farkındalığı alt boyutlarından olan disinhibisyon, yeme disiplini ve farkındalık puanı BKİ sınıflaması normal olan öğrencilerde, obez olanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). Yeme kontrolü puanı

BKİ sınıflaması normal olan grupta en yüksek, obez olan grupta en düşük olmakla beraber tüm gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0.01$).

Tablo 4.11. Olumsuz Beden Konuşmaları alt grup puanlarının cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kız		p
	AO	SS	AO	SS	
Beden kaygısı	18.07	10.39	22.72	12.2	0.001
Beden karşılaştırması	15.36	8.95	17.51	10.26	0.006

Tablo 4.11 incelendiğinde, olumsuz beden konuşmaları alt boyutlarından olan beden kaygısı ve beden karşılaştırılması puanları kızlarda erkeklere göre istatistiksel olarak daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.12. Olumsuz Beden Konuşmaları alt grup puanlarının beden kitle endeksine göre dağılımı

	Zayıf		Normal		Hafif		Obez		p
					Şişman				
	AO	SS	AO	SS	AO	SS	AO	SS	
Beden kaygısı	12.44*	6.3	19.89*	11.0	26.53*	12.6	32.61*	9.2	0.001
Beden karşılaştırması	14.23*	8.5	15.72*	9.2	19.98*	11.2	22.54*	9.9	0.001

* Farkı yaratan grup

Tablo 4.12 incelendiğinde, olumsuz beden konuşmaları alt boyutlarından olan beden kaygısı ve beden karşılaştırılması puanları BKİ sınıflamasına göre obez olan bireylerde en yüksek, zayıf olan bireylerde en düşük olmakla beraber tüm gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).

Tablo 4.13. Sağlık Algısı alt grup puanlarının cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kız		p
	AO	SS	AO	SS	
Kontrol Merkezi	15.19	4.37	15.90	4.47	0.049
Kesinlik	11.43	3.44	11.13	3.47	0.282
Öz Farkındalık	11.11	2.39	11.24	2.22	0.509
Sağlığın Önemi	10.64	2.54	10.55	2.43	0.648

Tablo 13 incelendiğinde, sağlık algısı alt boyutlarından kontrol merkezi puanları kızlarda erkeklere göre istatistiksel olarak daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.14. Sağlık Algısı alt grup puanlarının adölesanların beden kitle endeksinde göre dağılımı

	Zayıf		Normal		Hafif Şişman		Obez		p
	AO	SS	AO	SS	AO	SS	AO	SS	
Kontrol Merkezi	15.16	4.6	15.64	4.4	15.82	4.1	14.70	4.5	0.523
Kesinlik	11.40	3.6	11.43	3.4	10.80	3.2	10.25	3.7	0.154
Öz Farkındalık	10.90	2.3	11.34	2.2	10.86	2.4	10.64	2.1	0.084
Sağlığın Önemi	10.58	2.6	10.76*	2.4	10.20	2.4	9.45*	2.7	0.014

* Farkı yaratan grup

Tablo 4.14 incelendiğinde, sağlık algısı alt boyutlarından sağlığın önemi puanı BKİ sınıflamasına göre normal olanlarda, obez olanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.15. Yeme Farkındalığı, Olumsuz Beden Konuşmaları ve Sağlık Algısı Ölçekleri arasındaki korelasyon tablosu

	Yeme Farkındalığı	Olumsuz Beden Konuşmaları	Sağlık Algısı
Yeme Farkındalığı	-	-0.180*	0.281*
Olumsuz Beden Konuşmaları	-0.180*	-	-0.164*
Sağlık Algısı	0.281*	-0.164*	-

(*p<0.05)

Tablo 4.15 incelendiğinde, yeme farkındalığı ile sağlık algısı arasında pozitif yönlü ilişki vardır ($r=0.281$)($p<0.05$). Yeme farkındalığı ve olumsuz beden konuşmaları arasında negatif yönlü ilişki vardır ($r= -0.180$)($p<0.05$). Sağlık algısı ve olumsuz beden konuşmaları arasında negatif yönlü ilişki vardır ($r= -0.164$)($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, adölesan dönem içinde yer alan ve Elbistan ilçesinde bulunan lise öğrencilerinin yeme farkındalığı ile olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin incelemesi amacıyla yapılmıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerine göre genç nüfus (15-24 yaş) toplam nüfusun %15.8'ini oluşturmakta ve bu genç nüfusun %51.2'sinin genç erkekler, %48.8'ini ise genç kadınlar oluşturmaktadır (98).

Araştırmaya katılan 614 adölesanın %51.0'nı kızlar, %49.0'nı erkekler oluşturmaktadır. Öğrencilerin %7.2'si Fen Lisesi, %6.0'ı Sağlık Meslek Lisesi, %32.2'si Anadolu Lisesi, %15.8'i İmam Hatip Lisesi ve %38.8'i Meslek Lisesi öğrencisi olup %43.6'sı 9. Sınıfa gitmektedir.

Bu araştırmada annelerin %43.0'ı ilkokul mezunu, %25.6'sı ortaokul mezunu, %16.0'ı lise mezunu, %7.0'ı ise üniversite mezunudur. 300 öğrencinin katıldığı başka bir çalışmada annelerin %35'i üniversite mezunu, %31.7'si lise mezunu, %13.3'ü ortaokul ve %20'si ilkokul mezunu olarak belirlenmiştir (99).

Bu çalışmada babaların eğitim düzeylerine bakıldığında %25.2'si ilkokul mezunu, %27.2'si ortaokul mezunu, %29.5'i lise mezunu ve %15.3'ü üniversite mezunudur. Ahraz'ın 2017 yılında Konya'da 300 lise öğrencisi ile yaptığı araştırmada babaların %54.3'ü üniversite, %27.7'si lise, %9.7'si ortaokul, %8.3'ü ilkokul mezunudur (99). Balkış'ın 2011 yılında yaptığı bir araştırmaya katılan öğrencilerin babalarının ise %2.6'sı okuryazar değil, %3.0'ı okuryazar değil, %37.4'ü ilkokul mezunu, %23.3'ü ortaokul mezunu, %18.9'u lise mezunu, %14.1'i üniversite, %0.7'si yüksek lisans/doktora mezunudur (37). Anne ve baba eğitim düzeylerinin bu çalışmalarda farklılık göstermesi, çalışmanın yapıldığı liselerin bulunduğu bölgelerden, özel veya devlet lisesi olmasından ve sosyokültürel farklılardan kaynaklanabilir. Genel olarak anne eğitim düzeyleri düşük bulunmuştur.

Çalışmaya katılan öğrencilerin ailelerinin aylık geliri %39.4'ünün 2325- 3999 TL arası, %26.9'unun 2325 TL ve altı, %23.8' i 4000- 5999 TL arası, %7.3'ünün 6000-8999 TL arası ve %2.6'sının da 9000 TL ve üstü olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ değerlerine bakıldığında %67.3'ünün normal kilolu, %14.0'mın hafif şişman, %5.0'mın obez olduğu saptanmıştır. Aksoydan

ve Çakır'ın 2011 yılında Kocaeli'de 319 lise öğrencisi ile yaptığı bir araştırmada öğrencilerin %5.6'sı zayıf, %14.7'sini kilolu ve %4.1'inin de şişman olduğu belirlenmiştir (100). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 verilerine göre ülkemizde 6- 18 yaş arası popülasyonda obezite görülme sıklığı % 8.2'dir (e: %9.1, k: %7.3) (101). DSÖ Avrupa Bölgesi Ofisi'ne göre Amerika'da 2-19 yaş grubu çocuk ve adölesanların %16.3'ünün obez olduğu, Avrupa'da ise çocuk ve adölesanların %20'sinin fazla kilolu olduğu ve bunların üçte birinin de obez olduğu belirtilmiştir (102). Araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğu normal kiloda olup, hafif şişman ve obez bireylerin oranı düşüktür. Ülkemizdeki verilere bakıldığı zaman Avrupa ve Amerikaya göre gençlerde obezite görülme sıklığı daha düşüktür. Ancak veriler obezite prevalansının her geçen gün arttığını göstermektedir.

Araştırmada annelerin %27.7'si normal kilolu, %47.9'u hafif şişman, %23.6'sı obez iken babaların %31.3'ü normal kilolu, %53.3'ü hafif şişman ve %15.1'i obez olarak tespit edilmiştir. TÜİK 2016 verilerine göre ülkemizde 15 yaş üstü erkek bireylerin %43.8'i normal kilolu, %38.6'sı hafif şişman, %15.2'si obez, kadınların ise %40.4'ü normal kilolu, %30.1'i hafif şişman, %23.9'u obezdir (103). TBSA 2010 bulgularına göre ülkemizde erişkin erkeklerin %38.6'sı normal kilolu, %39.1'i hafif şişman, %20.5'i obez iken kadınların %26.6'sı normal kilolu, %29.7'si hafif şişman, %41.0'ı ise obezdir (101). Araştırmamız ve veriler kıyaslandığında obezite oranları TÜİK 2016 verileri ile benzerlik göstermektedir. Çalışma ve veriler incelendiğinde kadınlarda obezite görülme oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu duruma sebep olarak kadınların fizyolojik yapısı, beslenme alışkanlıkları ve özellikle ev hanımlarının nispeten daha hareketsiz olması gösterilebilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %11.6'sı sigara kullanırken %88.4'ü sigara kullanmadığını beyan etmiştir. TÜİK 2016 verilerine göre ülkemizde günlük sigara kullanımı % 26.5 olarak saptanmıştır. Bu oran 15- 24 yaş arası gençlerde %18.1 olarak belirtilmiştir (102). Verilere kıyasla çalışmaya katılan öğrenciler daha az sigara kullanmaktadır. Ülkemizde son yıllarda uygulanan ulusal tütünle mücadele programının etkileri bu durumun sebebi olabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %43.3'ü olmak istedikleri ideal kilodayken %56.7'si olmak istedikleri kiloda bulunmadıklarını bildirmiştir. Uskun ve Şabaplı'nın 2013 yılında Isparta'da 485 lise öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmaya katılanların

%58.7'sinin kilosundan memnun olmadığı ve %40.8'i kilo vermek istediğini belirtmiştir (104). Demir'in 2006'da İzmir'de 152 kız öğrenci ile yaptığı çalışmaya katılan öğrencilerin %76.4'ünün kilosundan memnun olmadığı ve %63.2'sinin kilo vermek istediği saptanmıştır (105). Thompson ve arkadaşlarının 2004 yılında Amerika'da yaptığı ve 156 kız adölesanın katıldığı bir çalışmada katılımcıların %61.0'ı vücudundan memnun olmadığını ve daha ince görünmek istediğini bildirmiştir (106). Araştırmalarda katılımcıların yarıdan fazlasının bedeninden memnun olmaması yönü ile benzerlikler görülmektedir. Son yıllarda genel güzellik anlayışının değişmesi, medya ve reklamların sıfır beden algısı ve toplum baskısı gibi altta yatan nedenlerle özellikle genç kadınlar başta olmak üzere toplumun genelinde oluşan beden memnuniyetsizliği yaygın görülmeye başlamıştır. Çalışmalar da bu durumu destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %95.3'ünün herhangi bir kronik hastalığının olmadığı belirtilmiştir. Araştırmanın yapıldığı grup 14- 18 yaş aralığında bulunduğu için kronik hastalık görülme sıklığı düşük bulunmuş olabilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %43.6'sı haftada hiç spor yapmadığını bildirirken, %37.9' u haftada 1- 3 saat, %8.5'i 4-6 saat, %9.9'u 6 saatten fazla çalıştığını beyan etmiştir. Akman ve arkadaşları tarafından 2012'de İstanbul'da yapılan ve 357 lise öğrencisinin katıldığı bir çalışmada adölesanların yaklaşık olarak yarısı düzenli olarak spor yaptığını belirtmiş ve spor yapanların da haftada ortalama 2.05 gün yaptığı belirlenmiştir (107). Bebiş ve arkadaşlarının 2015 yılında Ankara'da 932 kişi üzerinde yapılan başka bir çalışmada da adölesanların %79.4'ünün spor alışkanlığı olmadığı belirtilmiştir (108). Bu çalışmalara bakarak adölesanların önerilenden çok daha az fiziksel aktivitede bulunduğu söylenebilir.

Yeme Farkındalığı

Araştırmamızda erkek öğrencilerin YFÖ toplam puanı kız öğrencilere göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.4). Bununla birlikte YFÖ alt boyut puanları ve cinsiyete bakıldığında, duygusal yeme ve enterferans (koku, görüntü, reklam gibi çeldiricilerle baş edebilme) puanları erkek öğrencilerin daha yüksek, yeme kontrolü ve farkındalık puanları ise istatistiksel olarak kız öğrencilerin daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.10). Orbatu tarafından 2020 yılında İzmir'de lise öğrencilerinde yapılan bir araştırmada kız öğrencilerin YFÖ toplam puanı daha yüksek çıkarken alt boyutlardan duygusal yeme, enterferans ve yeme disiplini puanı erkek öğrencilerde daha

yüksek bulunmuştur (109). İngiltere’de Giannopoulou ve arkadaşları tarafından 2020’de üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada da kız öğrencilerin toplam YFÖ puanı ve duygusal yeme dışındaki tüm alt boyut puanları erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır (110). Framson ve arkadaşlarının 2009’da Amerika’da 303 katılımcı ile yaptığı çalışmada alt boyutlardan duygusal yeme puanı kadınların daha düşük bulunmuştur. Buna göre erkeklerin duygusal stres durumuna verdiği yanıtın kadınlardan daha farklı olduğunu savunmuşlardır (95). Duygusal yeme ve enterferans puanlarının erkeklerde daha yüksek çıkması bakımından çalışmalar benzerlik gösterirken YFÖ toplam puanları bakımından farklılık göstermektedir. Duygusal açlık fizyolojik olarak tokluk sağlansa da duyguların etkisi ile aç hissetme durumudur. Duygusal yeme durumunda kişiler açlık ya da tokluk hissini ayırt etmekte zorlanırlar (50). Duygusal yemede kişiler olumsuz duygu durumu ile başa çıkabilmek için genelde yüksek karbonhidrat ve enerji içeren besinleri tercih ederler (52). Bu çalışmalarda özel olarak duygusal yeme ölçeği kullanılmamakla birlikte erkeklerin duygusal yeme puanları beklenenin aksine kızlardan yüksek bulunmuştur. Çalışmalarda kızların, yeme kontrolü ve farkındalık puanlarının daha yüksek, duygusal yeme puanlarının daha düşük çıkması, kızlardaki beden kaygısının, duygusal anlarında yeme isteği gelse bile buna ket vurabilmelerine sebep olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte literatürde cinsiyet yönüyle yeme farkındalığının değerlendirildiği çalışmalara fazla rastlanmamıştır. Konu ile ilgili daha kapsamlı ve daha geniş popülasyonlarda yapılacak çalışmalara gerek duyulmaktadır.

Araştırmamızda öğrencilerin yaş ve sınıflarına göre YFÖ toplam ve alt boyut puanlarında anlamlı sonuç bulunamamıştır. Köse ve arkadaşları 2016’da İstanbul’da 18-45 yaş aralığında yaptıkları çalışmada katılımcıların yaşları arttıkça yeme farkındalıklarının da anlamlı olarak arttığını, alt boyutlardan ise yaşla beraber farkındalık, disinhibisyon, yeme disiplini, duygusal yeme ve enterferans puanları artarken yeme kontrolü ve odaklanma puanlarının düştüğünü tespit etmişlerdir (7). Framson ve arkadaşları ise 18- 80 yaş aralığında yaptığı çalışmada yaş arttıkça odaklanma hariç disinhibisyon, duygusal cevap, farkındalık ve dışsal etken puanlarının da attığını saptamışlardır (95). Bu çalışmada yaş aralığı dardır. 14-18 yaş arası gençler katılmıştır. Yaş aralıkları benzer olduğundan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bu çalışmada YFÖ toplam puanı en yüksek olan grup normal kilolular, sonra zayıflar, daha sonra hafif şişmanlar ve en düşük olan grup ise obez öğrencilerdir ($p<0.01$) (Bkz. Tablo 4.6). Köse ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, öğrencilerin vücut ağırlığı ve

BKİ değeri artarken yeme farkındalığı skorunun azaldığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (7). Özmunucu tarafından 2019'da Isparta'da yapılan çalışmada da katılımcıların BKİ değeri artarken YFÖ skoru azalmıştır ($p<0.05$) (111). Framson ve arkadaşları da yaptığı çalışmada BKİ değeri ile YFÖ puanı arasında ters orantı olduğunu saptamıştır (95). Araştırma sonuçları benzerlik göstermekte olup beklendiği gibi normal kilolu bireylerin, hafif şişman ve obez bireylere göre yeme farkındalığının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Öğrencilerin BKİ değerleri ile YFÖ alt boyutları ilişkisine bakıldığında ise, “disinhibisyon”, “yeme disiplini” ve “farkındalık” skorları normal kilolu bireylerde, obez bireylere oranla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). “Yeme kontrolü” skoru ise normal kilolularda en yüksek, obezlerde en düşük olmak üzere tüm gruplar arası skor anlamlı çıkmıştır ($p<0.01$) (Bkz. Tablo 4.11). Yeme farkındalığı ve obezite arasında ilişki olduğu görülmektedir. Obez bireylerde yeme farkındalığının düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum yeme konusunda kendini kontrol edebilenlerin gereksiz enerji alımından kaçınarak ağırlık yönetimini sağlayabildikleri ve böylece zayıf ve normal kiloda kalabildiklerini düşündürmektedir. Yeme kontrolü, farkındalık, disinhibisyon ve yeme disiplini skoru düşük olanların obez bireyler olması da bu kanıyı desteklemektedir.

Özkan ve Bilici tarafından 2018'de Ankara'da 250 yetişkin üzerinde yapılan çalışmada YFÖ alt boyutlarından “yeme kontrolü”, “disinhibisyon” ve “yeme disiplini” skorları normal kilolu bireylerde, şişman bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (112). Köse ve arkadaşlarının çalışmasında BKİ ile “yeme kontrolü” arasında anlamlı olarak negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı olmasa da BKİ değeri artarken diğer alt boyut skorlarının da azaldığını belirtilmiştir (7). Beshara ve arkadaşları 2013'de Avustralya'da yaptıkları çalışmada vücut ağırlığı ile YFÖ toplam skoru, “duygusal yeme” ve “disinhibisyon” alt faktör puanları ilişkisinin negatif yönlü olduğunu saptamıştır ($p<0.05$) (64). Framson ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise BKİ ile tüm YFÖ alt boyut puanlarının ters orantılı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$) (95). Araştırmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmalar vücut ağırlığı yönetimi ve obeziteyle mücadelede yeme farkındalığının önemi kanıtlar niteliktedir.

Olumsuz Beden Konuşmaları

Araştırmamızda kız öğrencilerin OBKÖ toplam skoru ve alt boyutları olan beden kaygısı ve beden karşılaştırması puanları erkek öğrencilere kıyasla istatistiksel olarak daha fazla çıkmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.4 ve Tablo 4.11). Benzer şekilde Akgün ve arkadaşlarının 2019'da Lefkoşa'da yaptığı çalışmada, OBKÖ ve alt boyut puanlarıyla kadınların erkeklere göre daha fazla kilo konuşması yaptığı saptanmıştır ($p<0.05$) (113). Vega ve arkadaşları tarafından 2014'de Meksika'da yapılan çalışmada kadınların erkeklere kıyasla sosyal çevrede dayatılan güzellik anlayışından daha fazla etkilenerek daha çok beden ve kilo kaygısı taşıdığı savunulmuştur (114). Çalışmalar benzerlik göstermekte olup kadınların erkeklere oranla sosyal hayatında kilo konuşmalarına daha çok katıldığını desteklemektedir. Bunun sebebi, medya ve toplumda dayatılan estetik algısının daha çok kadınlara yönelik olması ve kadınların bundan erkeklere göre daha fazla etkilenmesi olabilir.

Bu araştırmada OBKÖ skoru en yüksek grup BKİ sınıflamasına göre obez bireyler (55.16 ± 17.46), en düşük grup ise zayıf bireylerdir (26.67 ± 12.81). Öğrencilerin BKİ değeri arttıkça OBKÖ skorunun da arttığı görülmüştür ($p<0.01$) (Bkz. Tablo 4.6). Araştırmamızdaki bulgular, obez ve hafif şişman bireylerin beden kaygısının daha fazla olduğunu ve daha çok beden karşılaştırması yaptığını göstermektedir ($p<0.01$) (Bkz. Tablo 4.12). Benzer şekilde Karaköse ve Baykara'nın 2017'de Lefke'de yaptığı çalışmasında hafif şişman ve obez bireylerin, normal kilolu ve zayıflara kıyasla olumsuz beden konuşmalarına daha fazla katıldığı tespit edilmiştir (115). Salk ve Engel- Maddox tarafından 2011'de Amerika'da kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınların kilo konuşmalarına katılma sıklığının BKİ değerleriyle farklılık göstermediği ve zayıf ve normal kilolu kadınların bu tür konuşmalara daha çok katıldığı bildirilmiş ancak bu çalışmaya katılan kadınların yaklaşık %90'ının zayıf ve normal kiloda çıktığı da belirtilmiştir (11). Martz ve arkadaşlarının 2009'da Amerika'da yaptığı çalışmada ise şişman kadınların, zayıf ve normal kilolulara oranla daha çok kilo konuşmaları yapmaya eğilimli olduğunu saptamıştır (116). Çalışmalar genel olarak hafif şişman ve obez bireylerin kilo konuşmaları ile daha fazla meşgul olduğunu, BKİ değerlerinin artması ile beden kaygısı ve karşılaştırmasının da artarak bu konuşmalara daha fazla katıldığını göstermektedir. Bunun nedeni bu kişilerin daha ince bir bedene sahip olma ve kilo yönüyle diğerleri gibi olmak istemeleri olabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin anne ve babalarının da BKİ sınıflaması yapılmış ve sonuçlar değerlendirildiğinde, annesi obez sınıfında olan öğrencilerin annesi normal kilolu olanlara göre istatistiksel olarak daha fazla olumsuz beden konuşmalarına katıldığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Aynı şekilde babası obez sınıfında olan öğrencilerin yine babası normal kilolu olanlara kıyasla daha fazla bu tür konuşmalara girdiği saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.6). Ailede kilolu bireylerin bulunmasının gençlerde obezite kaygısını arttırdığı düşünülebilir. Bu öğrencilerin kilo konuşmalarına daha meyilli olduğu görülmüştür. Konu ile ilgili literatürde başka bir çalışmaya rastlanmadığından kıyaslama yapılamamıştır.

Sağlık Algısı

Bu çalışmada öğrencilerin sağlık algısı puanlarında cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.4). Bununla birlikte sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından “kontrol merkezi” puanı kız öğrencilerin, erkek öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.13). Karabayır tarafından 2019’da İstanbul’da lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada kız öğrencilerin sağlık algısı puanının erkek öğrencilere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (117). Kılıç’ın 2019’da Sivas’ta yaptığı 339 lise öğrencisinin katıldığı bir çalışmada “kontrol merkezi” alt boyut puanının kız öğrencilerde daha yüksek olduğu belirtilmiştir ($p<0.05$) (118). Alkan ve arkadaşlarının 2017’de Gümüşhane’de hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada da yine “kontrol merkezi” alt boyut puanı kız öğrencilerde daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$) (119). Çalışmalar “kontrol merkezi” alt boyutunun kadınlarda daha yüksek çıkması bakımından benzerlik göstermektedir. Bu durum kadınların daha fazla sağlığın kontrolü bakımından özgüvene sahip olduğu ve sorumluluk alabildiğini düşündürmektedir. Türk toplum yapısına bakıldığında kadınların sağlık konusunda daha koruyucu olduğu ve sağlık sorumluluğu bilincinin daha fazla olduğu da düşünülebilir.

Araştırmamızda 14- 16 yaş grubunun SAÖ puanı, 17-18 yaş grubuna göre daha yüksek bulunurken ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.4), 9. Sınıf öğrencilerinin SAÖ puanı 11. Sınıf öğrencilerine göre anlamlı olarak daha fazla çıkmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.5). Alkan ve ark. ile Kılıç B. yaptıkları çalışmalarda yaş ve sağlık algısı arasında anlamlı bir fark bulamamışlardır (118, 119). Karabayır’ın 2019’da İstanbulda yaptığı çalışmada 9. ve 10. Sınıf öğrencilerinin SAÖ puanının 11. ve 12. Sınıf öğrencilerinden daha fazla çıktığı tespit edilmiştir (117). Kılıç’ın 2019’da yaptığı çalışmada da 12. Sınıf öğrencilerinin

“sağlığın önemi” alt boyut puanının 9. ve 11. Sınıf öğrencilerine göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (118). Literatüre bakıldığında sınıf düzeyi ile riskli sağlık davranışlarının da arttığı belirtilmektedir (120, 121). Bununla birlikte literatürde sınıf seviyesi ve sağlık algısı arasında anlamlı ilişki bulunmayan çalışmalar da bulunmaktadır (3, 118). Konu ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmiştir.

Öğrencilerin okul türlerine göre SAÖ puanlarına bakıldığında, Anadolu Lisesi öğrencilerinin puanı Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerine göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.5). Karabayır'ın 2019'da İstanbul'da yaptığı çalışmada Anadolu Liselerindeki öğrencilerin SAÖ toplam puanı ile “kontrol merkezi” ve “kesinlik” alt boyut puanlarının Meslek Lisesi öğrencilerinde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (117). Bu çalışmaların aksine Kılıç'ın çalışmasında da Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinin SAÖ toplam puanı ile “kontrol merkezi” ve “sağlığın önemi” alt boyut puanları, Anadolu Lisesi öğrencilerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (118). Çalışmaların, farklı illerde yapılması, yaşanan bölgelerin sosyokültürel özellikleri ile liselerin başarı puanları ve eğitim seviyelerindeki değişiklikler farklı sonuçlar çıkmasında etkili olmuş olabilir.

Öğrencilerin BKİ sınıflamasına bakıldığında, normal kilolu bireylerin SAÖ puanlarının obez bireylere göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.6). Bununla birlikte “sağlığın önemi” alt boyut puanı da yine normal kilolu bireylerde obez bireylere kıyasla daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.14). Özgen ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmada BKİ değeri ve sağlık algısı arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Gültekin ve arkadaşlarının çalışmasında ise “kesinlik” alt boyut puanı hafif şişmanlarda normal kilolulara göre daha yüksek bulunmuş ($p<0.05$) olup diğer alt boyut puanları ve SAÖ toplam puanı ile BKİ değeri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda normal kilolu bireylerin sağlık algıları ve sağlığa verdikleri önemin obez bireylere oranla daha yüksek olması, bu kişilerin beslenme ve vücut ağırlıklarını korumaya da önem verdiklerini düşündürebilir. Ancak konu ile ilgili literatür çalışmalarının az olması sebebiyle kesin bir yargıya varılamamıştır.

Araştırmamızda anne- baba eğitim durumu ile SAÖ puanları arasında anlamlı bir fark görülemediği ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.7). Benzer bir şekilde Kılıç'ın 339 öğrencinin katılımı ile yaptığı çalışmada da anlamlı sonuç bulunamamıştır (118). Bununla birlikte sağlık davranışları ile anne- baba eğitim seviyesinin pozitif yönlü olduğunu gösteren bazı

çalışmalar da mevcuttur(93, 122). Çalışma sonuçlarının farklı çıkmasında anne- baba eğitim düzeylerinin birbirine yakın olması etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda ailenin gelir düzeyi ile sağlık algısı arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.7). Ancak literatürde sağlık- iyilik hali ve aylık gelir düzeyi arasında pozitif yönlü ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (3, 117, 119). Gelir seviyesinin artması sağlıkla ilgili imkanları da arttırabilmektedir. Çalışmamızın yapıldığı ilçede çiftçiliğin önemli bir gelir kaynağı olması ve gelir seviyelerinin birbirine yakın olması sebebiyle farklı sonuçlar çıkmış olabilir.

Araştırmamızda haftada 4-6 saat spor yapan öğrencilerin SAÖ puanı hiç spor yapmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha fazladır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.8). Sağlığın geliştirilmesi ve korunmasında sporun önemi büyüktür. Sağlık algısı daha yüksek bireylerin haftada belli bir saat düzenli olarak spor yapması da bu durumu destekler niteliktedir. Ancak konu ile ilgili fazla çalışma bulunmaması sebebi ile kıyaslama yapılamamaktadır.

Çalışmamızda sigara kullanan öğrencilerin sağlık algısı puanı, kullanmayan öğrencilere göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz Tablo 4.8). Sağlığa zarar veren alışkanlıkların başında gelen sigara kullanımı, adölesan dönemde hızla yayılmaktadır. Buna göre sigara kullanan kişilerin kendi sağlına verdiği önemin daha düşük olduğu ve bu yüzden sağlık algılarının daha az olduğu düşünülebilir. Konu ile ilgili farklı çalışmalar bulunamadığından kıyaslama yapılamamaktadır.

Ölçek Puanlarının Korelasyonları

Bu araştırmada Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ), Olumsuz Beden Konuşmaları (OBKÖ) ve Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) puanlarının kendi aralarındaki ilişkileri incelenmiştir.

Araştırma incelendiğinde öğrencilerin yeme farkındalığı puanı arttıkça sağlık algısı puanı artmakta olup olumsuz beden konuşmaları puanı da beklendiği üzere ise azalmaktadır. YFÖ ve SAÖ ilişkisinin pozitif yönlü olduğu ($r=0.281$)($p<0.05$) , YFÖ ile OBKÖ ilişkisinin negatif yönlü olduğu ($r=-0.180$)($p<0.05$) belirlenmiştir. Yine beklendiği gibi öğrencilerin sağlık algısı puanı arttıkça olumsuz beden konuşmaları puanı azalmaktadır. SAÖ ve OBKÖ ilişkisinin negatif yönlü olduğu ($r=-0.164$)($p<0.05$) saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Lise öğrencilerinin yeme farkındalığı ile olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar çıkarılmıştır.

Çalışmaya Kahramanmaraş'ın Elbistan ilçesinde bulunan 14- 18 yaş arası 614 öğrenci katılmış olup %51.0' ı kız, %49.0'ı erkektir.

Araştırmaya katılan bireylerin BKİ sınıflamasına göre yarısından fazlası normal kilolu, %13.7'si zayıf, %14.0' hafif şişman, %5.0'ı obezdir.

Araştırmaya katılan bireylerin %11.6'sı sigara kullanırken, büyük çoğunluğu sigara kullanmamaktadır.

Katılımcıların yarısına yakını hiç spor yapmadığını belirtmiştir. %37.9'u haftada 1-3 saat, %8.5'i haftada 4-6 saat ve %9.9'u haftada 6 saatten fazla spor yaptığını bildirmiştir. Adolesan ve genç grubu olarak spor yapma sıklığı yetersiz bulunmuştur.

Araştırmada kız öğrencilerin yeme farkındalığı toplam puanı erkek öğrencilere oranla anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır. Alt boyutlardan ise “duygusal yeme” ve “enterferans (çeldiricilerle baş edebilme)” puanı erkek öğrencilerin anlamlı olarak daha yüksekken, “yeme kontrolü” ve “farkındalık” puanları da kız öğrencilerin daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada kız öğrencilerin olumsuz beden konuşmaları toplam puanı ve alt boyutları olan “beden kaygısı” ile “beden karşılaştırması” puanları erkek öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada sağlık algısı toplam ölçek puanında cinsiyetler arası anlamlı bir fark görülmezken, alt boyutlardan “kontrol merkezi” puanı kız öğrencilerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmada Anadolu Lisesi öğrencilerinin sağlık algısı puanı Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu durum özellikle Sağlık Meslek Liselerinde konu ile ilgili müfredat ve eğitimler ile iyileştirme ve geliştirme gerekliliğini göstermiştir.

Katılımcıların BKİ sınıflaması ve ölçek puanları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. YFÖ toplam puanı ile BKİ değeri arasında negatif yönlü bir ilişki tespit

edilirken OBKÖ toplam skoru ile BKİ arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. SAÖ toplam puanı ile “sağlığın önemi” alt boyut puanı ise normal kilolularda, obez bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu duruma yönelik olarak okul taramalarının sıklaştırılması ve BKİ hesaplamaları sonucu obezite riski altında olan öğrencilerin aileleri de bilgilendirilerek diyetisyene yönlendirilmesi önerilebilir.

Katılımcılardan sigara kullananların SAÖ puanı sigara kullanmayanlara kıyasla anlamlı derecede düşük bulunurken, haftada 4-6 saat spor yapanların SAÖ puanı hiç yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Sağlıklı bir toplum için, kişilerin sağlık ve beslenme ile ilgili doğru alışkanlıkları erken yaşta kazanması gerekir. Bu durumda farkındalık temelli yaklaşımların önemi büyüktür. Çalışma sonuçları doğrultusunda şu şekilde önerilerde bulunulmuştur:

- Öğrencilere, anaokulundan başlanarak sağlık ve beslenme ile ilgili gerekli eğitimler doktor, diyetisyen ve psikolog gibi uzmanlar eşliğinde verilmeli ve yapılan etkinliklere öğrencilerin aktif katılımı sağlanmalıdır. Bununla birlikte beslenme içerikli dersler okul müfredatlarında da yerini almalıdır.
- Tütün kullanımı ve zararlarına da bu eğitimlerde ayrıca yer verilmelidir.
- Sağlık ve beslenme alışkanlıklarının oluşması ve şekillenmesinde en önemli faktör olan ailelere de konu ile ilgili eğitimler verilerek göz ardı edilmemelidir.
- Sağlıklı ve zinde bir toplum için belediyeler de üzerine düşeni yapmalı ve özellikle gençler için spor merkezi, kurslar ve sağlıklı öğün alternatifi gibi imkanlar sunulabilmelidir.
- Sağlık ve beslenme konusunda farkındalığın artırılması için günümüzde özellikle gençler tarafından daha sık kullanılan sosyal medya ve oyun içerikleri de iyileştirilerek ihmal edilmemelidir.
- Beslenme ve sağlık konusunda televizyon ve sosyal medya aracılığıyla yayılan bilgi kirliliği ile mücadele etmek için diyetisyen ve sağlık çalışanlarının bu platformları aktif kullanarak toplumun doğru bilgiye ulaşmasını sağlamalıdır.

Böylece erken yaşta kazanılan doğru alışkanlıklar ile uzun vadede kişilerin sağlık algılarını geliştirmeleri sağlanabilir.

Özellikle adölesan bireyler üzerinde yapılan yeme farkındalığı ve olumsuz beden konuşmaları ile ilgili çalışma sayısı oldukça azdır. Bu sebeple çalışmadan çıkarılan sonuçların genellenebilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. WHO. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Fortyfifth edition, Supplement; 2006:1-2
2. Önal AE, Erbil S, Gürtekin B, Ayvaz Ö, Özel S, Cevizci S, Güngör G. İki ilköğretim okulunda öğrencilerin kendi sağlıklarını algılama düzeyi ve bildikleri sağlık sorunları. *Nobel Medicus* 2008, 5(2): 24-48.
3. Efteli E, Khorshid L. İki farklı bölüm öğrencilerinin sağlık algılarının karşılaştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2016, 32 (2):1-10.
4. Klein Velderman M, Crone MR, Wiefferink CH, Reijneveld SA. Identification And Management Of Psychosocial Problems Among Toddlers By Preventive Child Health Care Professionals. *Eur J Environ Public Health* 2010, 20(3): 332-3.
5. Baysal A. *Beslenme*, 13. Baskı. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 2011: 9-10.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı, Beslenme Bilgi Serisi 1, Optimal Beslenme,2. Baskı, 2012:7
7. Köse G, Tayfur M, Birincioğlu İ, Dönmez A. Yeme farkındalığı ölçeği' ni türkçeye uyarlama çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2016, 3: 125-34.
8. Anderson LM, Reilly EE, Schaumberg K, Dmochowski S, Anderson DA. Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. *Eat Weight Disord* 2015, 21(1): 83-90.
9. Alberts HJ, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetit* 2012, 58(3): 847-51.
10. Nichter M, Vuckovic N. Fat talk. In: Many mirrors: Body image and social relations. (ed) Sault N. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. 1994: 109-31.

11. Salk RH, Engeln-Maddox R. If you're fat then I'm humongous: Frequency, content, and impact of fat talk among college women. *Psychol Women Q* 2011, 35: 18–28.
12. Arroyo A, Harwood J. Exploring the causes and consequences of engaging in fat talk. *J Appl Commun Res* 2012, 40:167–87.
13. Demirezen E, Coşansu G. Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Sted* 2005, 14(8): 174-8.
14. Aksoydan E, Çakır N. Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Derg* 2011, 53(4): 264-70.
15. De Assumpção D, Barros MBA, Fisberg RM, Carandina L, Goldbaum M, Cesar CLG. Diet quality among adolescents: a population-based study in Campinas, Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2012, 15(3): 605-16.
16. Köse D. Orta ve Geç Adölesanlarda Beslenme Alışkanlıklarının Beden Kitle Endeksi Ve Kan Basıncı Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.
17. Friedman HL. Changing patterns of adolescent sexual behavior: consequences for health and development. *J Adolesc Health* 1992, 13:345-50.
18. Stevens-Simon K. Clinical applications of adolescent female sexual development. *Nurse Practitioner* 1993, 18(12):18-27.
19. Vander Zanden JW. *Human Development*, The McGraw-Hill Companies. New York, 1997: 317-80.
20. Yörükoğlu A. *Gençlik Çağı*. İstanbul, Özgür Yayın Dağıtım Ltd.Şti, 1998: 13-21.
21. WHO. The Health Of Young People. Geneva, 1993:1.
22. Özcebe H. *Gençler ve sigara*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2008.
23. Andiç S. Ergenlik Döneminde Zihni Meşgul Eden Konularla İlişkili Değişkenler: Bağlanma Tarzları, Öz-Şefkat Ve Psikolojik Belirtiler. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2013.
24. TC SB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Dünya Sağlık Raporu, (Çeviri Ed: B. Metin, A. Akın, I. Güngör) Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre. DSÖ,1998: 90-100.

25. Karabekiroğlu K. Anne ve Babalar İçin Ergen Ruh Sağlığı. İstanbul, Say Yayınları 2009: 49.
26. Chulani VL, Gordon LP. Adolescent Growth and Development. *Prim Care Clin Office Pract* 2014, 41(3): 465–87.
- 27.Sizer F, Whitney E. Nutrition Concepts And Controversies. 13th Ed. USA, Wadsworth 2011: 221-22.
28. Insel P, Ross D, McMahon K, Bernstein M. Nutrition, 5th Ed. USA, Jones And Bartlett 2013:176-94.
29. Broman-Fulks JJ, Berman ME, Rabian BA, Webster MJ. Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity. *Behaviour Research And Therapy* 2004, 42(2):125-36.
30. Apay SE, Arslan S, Akpınar RE, Celebioglu A. Effect of aromatherapy massage on dysmenorrhea in Turkish students. *Pain Manag Nurs.* 2012, 13: 236-40.
31. Güler Y, Gönener HD, Altay B, Gönener A. Adölesanlarda obezite ve hemsirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009, 4(10): 165-81.
32. Ziyalar A. Beden imajı kavramı. *Yeni Sempozyum Dergisi* 1985, 1(2): 30-7.
33. Okan V, Şahin M. Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2010, 7(2): 544-58.
34. Altay M, Cabar HD, Altay B. Adölesan Döneminde Beslenme Ve Okul Sağlığı. *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2018, 2:1.
35. Akmam M, Tüzün S, Ünalın PC. Adölesanlarda Sağlıklı Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Durumu. *Nobel Med* 2012, 8(1): 24-9.
36. Vassigh, G. Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Durumları ile Sağlıklı Beslenme İndekslerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2012.
37. Balkış M. Lise Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları, Probiyotik Süt Ürünleri Tüketim Sıklıkları ve Bilgilerinin Belirlenmesi: Kulu Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Ana Bilim Dalı, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2011.
38. Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara 2016.

39. Baltacı G, Ersoy G, Karaağaoğlu N, Derman O, Kanbur N. Ergenlerde Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Yaşam. 1. Baskı. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730, Klasmat Matbaacılık, 2008: 7-10.
40. Garipağaoğlu M, Gökçay G. Çocukluk Ve Ergenlik Döneminde Beslenme, 1. Baskı. İstanbul, Saga Yayınları, 2002:119.
41. Arlı M, Şanlıer N, Küçükkömürler S, Yaman M. Anne ve Çocuk Beslenmesi, 2. Baskı. Ankara, Pegem A Yayıncılık, 2003:196-8.
42. Demir H. Adölesan Beslenmesi. *Güncel Pediatri Dergisi* 2008, 93-4.
43. Saper CB, Chou, TC, Elmquist JK. The need to feed: homeostatic and hedonic control of eating. *Neuron* 2002, 36(2): 199-211.
44. Tulloch AJ, Murray S, Vaicekonyte R, Avena NM. Neural responses to macronutrients: hedonic and homeostatic mechanisms. *Gastroenterology* 2015, 148(6): 1205-18.
45. Yu YH. Making sense of metabolic obesity and hedonic obesity. *J Diabetes* 2017, 9(7): 656-66
46. Köse S, Şanlıer N. Hedonik açlık ve obezite. *Türkiye Klinikleri Endokrinoloji Dergisi* 2015, 10(1): 16-23.
47. Lutter M, Nestler EJ. Homeostatic and hedonic signals interact in the regulation of food intake. *J Nutr* 2009, 139(3):629-32.
48. Delwiche JF. You eat with your eyes first. *Physiology & Behavior* 2012, 107(4): 502-4.
49. Braden A, Musher-Eizenman D, Watford T, Emley E. Eating when depressed, anxious, bored, or happy: Are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates? *Appetite* 2018, 125: 410-7.
50. Bays JC. Mindful Eating: a guide to rediscovering a healthy and joyful relationship with food. First edition. Shambhala Publications Vol.1. Boston, Massachusetts, 2009.
51. Mantzios M, Wilson JC. Mindfulness, eating behaviours, and obesity: a review and reflection on current findings. *Curr Obes Rep* 2015, 4(1): 141-6.
52. Gibson EL, Green MW. Nutritional influences on cognitive function: mechanisms of susceptibility. *Nutr Res Rev* 2002, 15: 169–206.
53. Lemmens SG, Martens EA, Born JM, Martens MJ, Westerterp-Plantenga MS. Lack of effect of high-protein vs. highcarbohydrate meal intake on stress-related mood and eating behavior. *Nutrition Journal* 2011,10(1):136.

54. Firk C, Markus CR. Mood and cortisol responses following tryptophanrich hydrolyzed protein and acute stress in healthy subjects with high and low cognitive reactivity to depression. *Clin Nutr* 2009, 28(3):266-71.
55. Martens MJ, Rutters F, Lemmens SG, Born JM, Westerterp-Plantenga MS. Effects of single macronutrients on serum cortisol concentrations in normal weight men. *Physiol Behav* 2010, 101(5): 563-7.
56. Vicennati V, Ceroni L, Gagliardi L, Gambineri A, Pasquali R. Comment: response of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis to highprotein/ fat and high-carbohydrate meals in women with different obesity phenotypes. *J Clin Endocrinol Metab* 2002, 87(8): 3984-8.
57. İnalkaç S, Arslantaş H. Duygusal yeme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2018, 27(1): 1-1.
58. Lazarevich I, Camacho ME, Velázquez-Alva MD, Zepeda MZ. Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite* 2016, 107: 639-44.
59. Sevinçer GM, Konuk N. Emosyonel yeme. *Journal of Mood Disorders* 2013, 3(4): 171-8.
60. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003, 84:822–48.
61. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol* 2006, 62: 373–86.
62. Melbourne Academic Mindfulness Interest Group. Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Aust N Z J Psychiatry* 2006, 40:285–94.
63. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan JF. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med* 2003, 65:564–70.
64. Beshara M, Hutchinson AD, Wilson C. Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite* 2013, 67: 25-9.
65. Mantzios M, Giannou K. Group vs. single mindfulness meditation: exploring avoidance, impulsivity, and weight management in two separate mindfulness meditation settings. *Appl Psychol Health Well Being* 2014, 6(2): 173-91.

66. Baer RA, Fischer S, Huss DB. Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *J Ration Emot Cogn Behav Ther* 2005, 23(4): 281–300.
67. Wansink B. Environmental factors that increase the food intake and consumption volume of unknowing consumers. *Annu Rev Nutr.* 2004, 24:455–79.
68. Wansink B, Painter JE, North J. Bottomless bowls: why visual cues of portion size may influence intake. *Obesity Res.* 2005, 13:93–100.
69. Alberts HJ, Mulkens S, Smeets M, Thewissen R. Coping with food cravings. Investigating the potential of a mindfulness-based intervention. *Appetite* 2010, 55(1): 160-3.
70. Seguias L, Tapper K. The effect of mindful eating on subsequent intake of a high calorie snack. *Appetite* 2018, 121: 93-100.
71. Dunn C, Haubenreiser M, Johnson M, Nordby K, Aggarwal S, Myer S, Thomas C. Mindfulness approaches and weight loss, weight maintenance, and weight regain. *Curr Obes Rep* 2018, 7(1):37-49.
72. Timmerman GM, Brown A. The Effect of a Mindful Restaurant Eating Intervention on Weight Management in Women. *J Nutr Educ Behav* 2012, 44(1): 22-8.
73. Miller CK, Kristeller JL, Headings A, Nagaraja H, Miser WF. Comparative effectiveness of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a pilot study. *J Acad Nutr Diet* 2012, 112(11): 1835-42.
74. Daubenmier J, Kristeller J, Hecht FM, Maninger N, Kuwata M, Jhaveri K, Epel E. Mindfulness Intervention for Stress Eating to Reduce Cortisol and Abdominal Fat among Overweight and Obese Women: An Exploratory Randomized Controlled Study. *J Obes* 2011, 1-13.
75. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clin Psychol Sci Prac* 2003, 10(2): 144-56.
76. Rodin J, Silberstein L, Striegel-Moore R. Women and weight: A normative discontent. In Sonderegger TB. (Ed.), Nebraska symposium on motivation: Psychology and gender. Lincoln: University of Nebraska, 1985: 267–308.
77. Britton L, Martz D, Bazzini D, Curtin L, LeaShomb A. Fat talk and self presentation of body image: Is there a social norm for women to self-degrade? *Body Image* 2006, 3: 247–54.

78. Smith PM, Ogle JP. Interactions among high school cross-country runners and coaches: Creating a cultural context for athletes' embodied experiences. *Fam Consum Sci Res J* 2006, 34: 276–307.
79. Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S. *Exacting Beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington DC: American Psychological Association, 1999.
80. Stice E, Bearman SK. Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Dev Psychol* 2001, 37: 597-607.
81. Nichter M. *Fat talk*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2000.
82. Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychol Bull* 2008, 134: 460–76.
83. Groesz LM, Levine MP, Murnen SK. The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *Int J Eat Disord* 2002, 31: 1–16.
84. Levine MP, Murnen SK. 'Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders': A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image, and disordered eating in females. *J Soc Clin Psychol* 2009, 28: 9–42.
85. Cash TF, Fleming EC. The impact of body-image experiences: Development of the body image quality of life inventory. . *Int J Eat Disord* 2002, 31: 455–60.
86. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychol Bull* 2002, 128: 825–48.
87. Barwick A, Bazzini D, Martz D, Rocheleau C, Curtin L. Testing the norm to fat talk for women of varying size: What's weight got to do with it? *Body Image* 2012, 9: 176–9.
88. Frederick DA, Peplau LA, Lever J. The swimsuit issue: Correlates of body image in a sample of 52,677 heterosexual adults. *Body Image* 2006, 3: 413–9.
89. Ousley L, Cordero ED, White S. Fat talk among college students: How undergraduates communicate regarding food and body weight, shape and appearance. *Eat Disord* 2008, 16: 73-84.

90. Drewnowski A, Kurth CL, Krahn DD. Effects of body image on dieting, exercise, and anabolic steroid use in adolescent males. *Int J Eat Disord* 1995, 7: 381–6.
91. Şenol V, Çetinkaya F, Ünalın D, Balcı E, Öztürk A. Kayseri İlinde Genel Popülasyonda Algılanan Sağlığın Belirleyicileri. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2010, 30(1): 88–96.
92. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: preliminary findings. *J Comm Psychol* 2007, 35(5): 557-61.
93. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 11: 3.
94. Garipağaoğlu M, Yalçın S, Karadağ Gezmen M, Biçer Çakır N, Üner O, Yardımcı H, Yeşil E, Aksan A, Tipici Eliuz B, Arslan H, Aykul F. Ergenlerde (Adölesan) Ağırlık Yönetimi Bireysel Standart Beslenme Danışmanlığı Programı, İçinde: Rakıcıoğlu N, Samur G, Başoğlu S. (editörler). Diyetisyenler İçin Hasta İzlem Rehberi Ağırlık Yönetimi El Kitabı, 1. Baskı, Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2017, 103-38
95. Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S, Benitez D. Development and validation of the mindful eating questionnaire. *J Am Diet Assoc* 2009, 109:1439–44.
96. Akın A, Aşut S, Çitemel N, Özbek R, Şahin F, Kaya Ç. The validity and reliability of the Turkish version of the Negative Body Talk Scale (NBTS). Paper presented at the 4th World Conference on Psychology, Counseling and Guidance (WCPCG-2013) 201: 24-26 May, İstanbul, Turkey.
97. Kadioğlu H, Yıldız A. "Sağlık algısı ölçeği"nin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği". *Turkiye Klinikleri* 2012, 32(1): 47-53.
98. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2018.
<http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> 28 Nisan 2020.
99. Ahraz S. Lise Çağındaki Öğrencilerin Beslenme Profili ile Bunun Üzerine Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2017.

100. Aksoydan E, Çakır N. Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Derg* 2011, 53: 264-70.
101. 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. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, 2014: 445-507
102. The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies For Response, Ed. Francesco Branca, Haik Nikogosian and Tim Lobstein, WHO, Denmark, 2007.
103. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2016.
http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1042 28 Nisan 2020.
104. Uskun E, Şabaplı A. Lise öğrencilerinin beden algıları ile yeme tutumları arasındaki ilişki. *TAF Prev Med Bull* 2013, 12:519- 28.
105. Demir BD. Liseye devam eden kız öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ve beden algısını etkileyen etmenler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2006.
106. Thompson SH, Digsby S. A Preliminary Survey of Dieting, Body Dissatisfaction, and Eating Problems Among High School Cheerleaders. *J Sch Health* 2004, 74(3): 85–90.
107. Akman M, Tüzün S, Ünal PC. Adölesanlarda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite durumu. *Nobel Med* 2012, 8(1): 24-9.
108. Bebiş H, Akpunar D, Özdemir S, Kılıç S. Bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Derg* 2015, 57: 129-35.
109. Subay Orbatu D. İzmir İli Lise Çağı Çocuklarında Yeme Farkındalığının Değerlendirilmesi. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*. 2020, 30(1):19-27.
110. Giannopoulou I, Kotopoulea-Nikolaidi M, Daskou S, Martyn K, Patel A. Mindfulness in Eating Is Inversely Related to Binge Eating and Mood Disturbances in University Students in Health-Related Disciplines. *Nutrients* 2020, 12(2): 396.

111. Özmumcu SB. Isparta İli Bir Üniversite Hastanesi İdari Personeli Yeme Farkındalığı ve Fiziksel Aktivitelerinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, 2019.
112. Özkan N, Bilici S. Yeme Davranışında Yeni Yaklaşımlar: Sezgisel Yeme ve Yeme Farkındalığı. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018, 3(2): 16-24.
113. Akgün B. Üniversite Öğrencilerinde Olumsuz Beden Konuşmaları ve Eşli Ruminatif Düşünce Tarzının Yeme Tutumuna Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi, 2019.
114. Vega HB, Chávez JFA, Rodríguez-Villalobos JM, Ornelas JRB, López HLM. Body Image Anxiety on University Students (Differences between Men and Women). *Open J Med Psychol* 2014, 3: 348- 54.
115. Karaköse T, Baykara B. Kilo Konuşmalarının Psikolojik Faktörler Üzerindeki Etkisi: Pilot Çalışma. *Türk Aile Hek Derg* 2017, 21(1): 26-33.
116. Martz DM, Petroff AB, Curtin L, Bazzini DG. Gender differences in fat talk among American adults: Results from the psychology of size survey. *Sex Roles* 2009, 61: 34-41.
117. Karabayır N. Lise Öğrencilerinde Sağlık Algısının Riskli Sağlık Davranışlarına Etkisi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2019.
118. Kılıç B. Lise Öğrencilerinde Sağlık Algısı ve Riskli Sağlık Davranışları Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2019.
119. Alkan SA, Özdelikara A, Boğa NM. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarının belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 6(2): 11-21.
120. Şimşek H, Çöplü F. Lise öğrencilerinin riskli davranışlar gösterme düzeyleri ile okula bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2018, 4(1): 18-30.

121. Eneçcan FN, Şahin EM, Erdal M, Aktürk Z, Kara M. Edirne şehir merkezindeki lise öğrencilerinde riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011, 10(6): 687-700.
122. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 9(2): 26-34.



EKLER

EK- 1: Özgeçmiş

Ad Soyad: Nur Sueda BOYRAZ

Doğum Tarihi: 04.07.1993

Telefon: 05388811309

E- Posta: suedaboyraz@live.com

Eğitim Durumu:

- Üniversite (Yüksek Lisans/ 2017- ...): İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı
- Üniversite (Önlisans/ 2013- 2015): Anadolu Üniversitesi, Açık Öğretim Fakültesi, Medya ve İletişim
- Üniversite (Lisans/ 2011- 2015): İstanbul Arel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik, Lisans
- Lise (2007- 2011): Özel Malatya Anadolu Lisesi, Fen Bilimleri

İş/ Staj Deneyimleri:

- 13.07.2016- 13.12.2017: Özel Malatya Müjde Hastanesi, Diyetisyen
- 2015 (Staj): İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (ÇAPA)- Doğumsal Metabolik Hastalıklı Çocukların Beslenmesi
- 2015 (Staj): Galatasaray Spor Kulübü- Sporcu Beslenmesi
- 2015 (Staj): Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Ana ve Çocuk Beslenmesi
- 2014 (Staj): Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Klinik Beslenme
- 2014 (Staj): Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi- Toplu Beslenme

Sertifikalar:

- Kardiyoloji Diyetisyenliği Kursu, Başkent Üniversitesi, 2013
- Obezite Sempozyumu ve Obezite ile Savaş Platformu, 2013
- 3. Ulusal Sağlıklı Yaşam Sempozyumu, 2013
- Sporcu Diyetisyenliği, 2013
- Yeme Bozuklukları ve Vaka Süperizyonu, 2012
- Toplum Önünde Söz Söyleme- Diksiyon, Başkent İletişim Akademisi, 2012

İngilizce / Bilgisayar Bilgisi: İntermediate / MS OFFİCE, SPSS, BeBİS

Lisanslar: Karate, Masa Tenisi

EK-2: Etik Kurul Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
11.04.2019	8	2019/8-30	
<p>Karar No: 2019/8-30 Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 11.04.2019 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ'in, sorumlu araştırmacı olduğu; Battalgazi Kız Öğrenci Yurdu Müdürlüğü DYT. Nursueda BOYRAZ'ın, yardımcı araştırmacı olduğu; “ Lise Öğrencilerinde Yeme Farkındalığı İle Olumsuz Beden Konuşmaları ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Etkileyen Faktörler ” başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna; oy birliği ile karar verilmiştir.</u></p>			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı	KATILMADI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	

EK-3: Anket Formu

I. KİŞİSEL BİLGİLER:

1. Okulunuz:

2. Sınıfınız: 1) Lise 1 2) Lise 2 3) Lise 3 4) Lise 4

3. Cinsiyetiniz: 1) Erkek 2) Kız

4. Yaşınız: 5. Boyunuz: 6. Kilonuz:....

7. Annenizin Boyu:..... 8. Annenizin Kilosu:

9. Babanızın Boyu : 10. Babanızın Kilosu:.....

11. Olmak istediğiniz ideal kiloda mısınız? 0) Evet 1) Hayır

Hayır ise olmak istediğiniz kilo:

12. Ailenizin toplam geliri:.....

13. Annenizin eğitim durumu:

1) Okur- yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlk okul

4) Orta okul 5) Lise 6) Üniversite

14. Babanızın eğitim durumu:

1) Okur- yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlk okul

4) Orta okul 5) Lise 6) Üniversite

15. Kaç Kardeşiniz:.....

16. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

0) Var 1) Yok

17. Varsa nedir?.....

18. Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet (günde en az 1 adet içiyorsanız eveti işaretleyiniz) 2) Hayır

19. Haftada kaç saat spor yapıyorsunuz?

1) Hiç yapmıyorum 2) 1-3 saat 3) 4-6 saat 4) 6 saatten fazla

2. YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

		Hiç (1)	Nadiren (2)	Bazen (3)	Sık sık (4)	Her zaman (5)
1.	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2.	Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.					
3.	Lokmalarımı çiğnemedem yutarım.					
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doduğumu fark edemem.					
5.	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6.	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7.	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8.	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9.	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim					
10.	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11.	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12.	Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.					
13.	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14.	Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15.	Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16.	Sık sık diyet yaparım.					
17.	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					
18.	Yemeklerimi saatli yerim.					
19.	Yemeği kaşıkla yerim.					
20.	Tıka basa yemek yerim.					
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam					
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23.	Sıkıntidan yerim.					
24.	Sağlıklı beslenirim.					
25.	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26.	Yediğimi fark etmeden atıştırırım.					
27.	Küçük lokmalarla yerim.					
28.	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29.	Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30.	Mutlu olmak için çikolata yerim.					

3. SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığını nasıl algıladığınız ile ilgili ifadeler içermektedir. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

	Çok Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Sağlığımı çok düşünürüm.					
2. Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.					
3. Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da, hasta olacaksam zaten olan olur.					
4. Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.					
5. Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.					
6. Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.					
7. Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.					
8. Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
9. Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.					
10. Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
11. Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.					
12. Sağlıklı olmak şans işidir.					
13. Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.					
14. İstedğim kadar sağlıklı olabilirim.					
15. Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					

4. OLUMSUZ BEDEN KONUŞMALARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçekte aşağıdaki düşünceleri arkadaşlarınızla konuşurken ne sıklıkla dile getirdiğiniz değerlendirilmektedir.

Lütfen arkadaşlarınız ile sohbet ederken aşağıdaki ifadeleri ne sıklıkla kullandığınızı (1 Asla, 2 Nadiren, 3 Ara sıra, 4 Kararsızım, 5 Sıklıkla, 6 Çoğunlukla, 7 Her zaman) şeklinde derecelendiriniz.								
1.	Keşke onun gibi bir bedenim olsaydı.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Diyete başlamalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Kendimi kilolu hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Kusursuz bir bel ölçüsü var.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Bu kıyafet beni kilolu gösteriyor.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Benim bedenim neden onunki gibi görünmüyor.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Onun mükemmel bir bedeni var.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Yediklerime dikkat etmeye başlamam gerekiyor.	1	2	3	4	5	6	7
9.	O oldukça formda.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Keşke daha zayıf olsaydım.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Bedenimin onunki gibi görünmesini istiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Gittikçe kilo aldığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Sen hiçbir zaman kilo alma konusunda endişelenmemelisin.	1	2	3	4	5	6	7