



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ADÖLESANLARIN BESLENME BİLGİLERİ İLE KAHVALTI  
ALİŞKANLIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR DEVLET LİSESİ  
ÖRNEĞİ**

MÜMİNE AĞMAZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. SEMA KUĞUOĞLU

İSTANBUL-2019

## TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bana fikir veren, yol gsteren ve her zaman yardımcı olan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU'na, araştırmamın aşamalarında çalışmama ynelik dışuncelerini dile getiren sevgili hemşirelik hocalarına, çalışmamı yaptığım okulda yardımlarını eksik etmeyen başta okul müdürü, öğretmenleri ve çalışmaya katılan öğrencilere, beni yetiştiren, her zaman yanımda olan ve beni bugünlere getiren aileme, eksikliklerini hiç hissetmediğim canım arkadaşlarıma çok teşekkür eder, yaptığım bu tez çalışmasını kıymetli arkadaşım Őeyma KAYIKCI'ya ithaf ederim.

Mümine AĞMAZ

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ ONAYI.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Adölesan Dönem ve Gelişim Özellikleri.....	6
4.1.1. Fiziksel Gelişim.....	6
4.1.2. Bilişsel Gelişim.....	8
4.1.3. Psikososyal Gelişim.....	8
4.2. Adölesan Dönemde Beslenme.....	9
4.2.1. Adölesan Dönemde Beslenmenin Temel İlkeleri.....	11
4.2.2. Adölesanlarda Enerji ve Besin Ögesi Gereksinimleri.....	12
4.2.2.1. Adölesanlarda Enerji Gereksinimi.....	12
4.2.2.2. Adölesanlarda Protein Gereksinimi.....	13
4.2.2.3. Adölesanlarda Karbonhidrat Gereksinimi.....	14
4.2.2.4. Adölesanlarda Yağ Gereksinimi.....	15
4.2.2.5. Adölesanlarda Vitamin Gereksinimi.....	15
4.2.2.5.1. A Vitamini.....	16
4.2.2.5.2. D Vitamini.....	17
4.2.2.5.3. E Vitamini.....	17
4.2.2.5.4. K Vitamini.....	17
4.2.2.5.5. B <sub>1</sub> Vitamini.....	18
4.2.2.5.6. B <sub>2</sub> Vitamini.....	18
4.2.2.5.7. B <sub>3</sub> Vitamini.....	18
4.2.2.5.8. Folik Asit.....	19

4.2.2.5.9. B <sub>12</sub> Vitamini.....	19
4.2.2.5.10. C Vitamini.....	19
4.2.2.6. Adölesanlarda Mineral Gereksinimi.....	21
4.2.2.7. Adölesanlarda Su Gereksinimi.....	22
4.3. Adölesan Dönemi Beslenme Alışkanlıkları ve Etkileyen Faktörler.....	22
4.4. Adölesan Dönemde Kahvaltının Önemi.....	24
4.5. Adölesan Dönemde Beslenmeye Bağlı Sağlık Sorunları.....	27
4.5.1. Yeme Bozuklukları.....	27
4.5.1.1. Anoreksiya Nervoza.....	28
4.5.1.2. Bulimia Nervoza.....	28
4.5.1.3. Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu.....	29
4.5.2. Demir Eksikliği Anemisi.....	29
4.5.3. İyot Eksikliği Hastalıkları.....	30
4.5.4. Malnütrisyon.....	31
4.5.5. Diş Çürükleri.....	31
4.5.6. Obezite.....	32
4.6. Adölesan Sağlığını Geliştirmede Hemşirelerin Rolü.....	36
5. MATERYAL VE METOT.....	37
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	37
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	37
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	37
5.4. Veri Toplama Araçları.....	37
5.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu.....	38
5.4.2. Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi.....	38
5.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	38
5.6. Çalışmanın Etik Yönü.....	38
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	38
6. BULGULAR.....	40
7. TARTIŞMA.....	72
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
8.1. Sonuç.....	84
8.2. Öneriler.....	87

<b>9. KAYNAKLAR.....</b>	<b>89</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>104</b>
<b>11. ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>110</b>
<b>12. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>113</b>



## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**UNESCO:** United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**BM:** Birleşmiş Milletler

**TBSA:** Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

**WHO:** World Health Organization

**NCHS:** National Center for Health Statistics

**CDC:** Centers for Disease Control and Prevention

**NHANES:** National Health and Nutrition Examination Survey

**TOÇBİ:** Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi

**AÇSAP:** Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**DEA:** Demir Eksikliği Anemisi

**MEB:** Milli Eğitim Bakanlığı

**SB:** Sağlık Bakanlığı

**kcal:** Kilokalori

## TABLolar LİSTESİ

### Sayfa No

<b>Tablo 1.</b> Adölesanlar İçin Günlük Enerji Hesaplaması.....	13
<b>Tablo 2.</b> Türkiye’de Adölesanlara Önerilen Günlük Vitamin Alım Düzeyleri.....	16
<b>Tablo 3.</b> Türkiye’de Adölesanlara Önerilen Günlük Mineral Alım Düzeyleri.....	20
<b>Tablo 4.</b> Minerallerin Yetersizlik Belirtileri ve Kaynakları.....	21
<b>Tablo 5.</b> WHO/NCHS/CDC Referans Değerleri.....	34
<b>Tablo 6:</b> Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımları.....	40
<b>Tablo 7:</b> Beslenme Bilgisine İlişkin Dağılımlar.....	43
<b>Tablo 8:</b> Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Dağılımlar.....	45
<b>Tablo 9:</b> Yaşa Göre Beslenme Bilgisi ve Alışkanlıklarının Değerlendirmesi.....	50
<b>Tablo 10:</b> Cinsiyete Göre Beslenme Bilgisi ve Alışkanlıklarının Değerlendirmesi..	51
<b>Tablo 11:</b> BKİ Ölçümleri ile Beslenme Bilgisi ve Alışkanlıklarının İlişkisi.....	52
<b>Tablo 12:</b> Aile Tipine Göre Beslenme Bilgisi ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi.....	53
<b>Tablo 13:</b> Anne Çalışma Durumuna Göre Beslenme Bilgisi ve Alışkanlıklarının Değerlendirmesi.....	54
<b>Tablo 14:</b> Kahvaltı Yapma Sıklığına Göre Kahvaltı Yapmama Durumunun Değerlendirmesi.....	55
<b>Tablo 15:</b> Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi Sorularının Dağılımları.....	57
<b>Tablo 16:</b> Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi Puanlarının Dağılımları.....	58
<b>Tablo 17:</b> Tanımlayıcı Özelliklere Göre Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi Toplam Puanlarının Değerlendirmesi.....	59
<b>Tablo 18:</b> BKİ Ölçümleri ile Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi Toplam Puanlarının İlişkisi.....	60
<b>Tablo 19:</b> Beslenme Bilgisine Göre Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi Puanlarının Değerlendirmesi.....	61
<b>Tablo 20:</b> Beslenme Alışkanlıklarına Göre Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi Puanlarının Değerlendirmesi.....	65

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Yaş Dağılımı.....	41
Şekil 2: Cinsiyet Dağılımı.....	41
Şekil 3: Aile Tipi Dağılımı.....	42
Şekil 4: Gelir Durumu Dağılımı.....	43
Şekil 5: Beslenme Bilgisi Alınan Kaynaklara İlişkin Dağılım.....	44
Şekil 6: Öğün Atlama Durumuna İlişkin Dağılım.....	46
Şekil 7: Kahvaltı Yapma Durumuna İlişkin Dağılım.....	47
Şekil 8: Kahvaltı Yapılmadığında Görülen Belirtilerin Dağılımı.....	48
Şekil 9: Kahvaltıda Tüketilen Besinlerin Dağılımı.....	49
Şekil 10: Kahvaltı Yapma Sıklığına Göre Kahvaltı Yapmama Nedenlerinin Dağılımı.....	56
Şekil 11: Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi Puanlarının Dağılımı.....	58



## 1. ÖZET

### ADÖLESANLARIN BESLENME BİLGİLERİ İLE KAHVALTI ALIŞKANLIKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR DEVLET LİSESİ ÖRNEĞİ

Bu çalışma; İstanbul ili Avcılar ilçesinde yer alan bir devlet lisesinde etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra 1-30 Mayıs 2019 tarihleri arasında 9, 10 ve 11.sınıfa devam eden 416 adölesanın beslenme bilgileri ile kahvaltı alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapıldı. Sosyo-demografik veri formu ile bireylerin genel bilgileri, aile bilgileri ve kahvaltı alışkanlıkları belirlendi. Bireylerin beslenme bilgilerinin değerlendirmek için; yeterli ve dengeli beslenme, besin öğeleri, beslenme ilişkili sağlık problemleri olmak üzere 3 alt boyut ve 38 maddeden oluşan, Öz ve arkadaşları tarafından geliştirilen “Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi” kullanıldı ve anketin KR-20 değeri çalışma grubumuz için 0,70 bulundu. Minimum 0, maksimum 38 puanın alınacağı bu ankette, bireylerin anket toplam puanı 17 ile 36 arasında değişmekte olup, toplam puan ortalaması çalışma grubumuz için  $29,18 \pm 3,31$  olarak bulundu. 11.sınıftakilerin, 10.sınıftakilere göre ve kızların erkeklere göre beslenme bilgi puan ortalamaları daha fazladır ve fark istatistikî olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Beslenme bilgi anketi toplam puanları ve alt alan puanları ile kahvaltı alışkanlıkları karşılaştırıldığında; öğün atlamayan, kahvaltıyı evde yapan, kahvaltı yapmadığında kötü hisseden ve yorgunluk yaşayan bireylerin yeterli ve dengeli beslenme alt alanı puan ortalaması diğer gruplardan yüksektir, bu fark istatistikî açıdan anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Kahvaltıyı yararlı bulan, kahvaltı yapılmadığında okul başarısı etkilenen ve halsizlik yaşayan bireylerin beslenme bilgisi anketi puan ortalaması diğer gruplardan yüksektir, bu fark istatistikî açıdan anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Sonuç olarak; adölesanların beslenme bilgileri ile kahvaltı alışkanlıkları arasındaki ilişki saptandı. Öğün atlamanın sınırlandırılması, okullarda eksik beslenme bilgilerinin tamamlanmasına yönelik eğitimlerin planlanması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Adölesanlarda Beslenme, Beslenme Bilgisi, Hemşirelik, Kahvaltı Alışkanlığı

## **2. ABSTRACT**

### **THE RELATIONSHIP BETWEEN NUTRITIONAL KNOWLEDGE AND BREAKFAST HABITS OF ADOLESCENTS: EXAMPLE OF A GOVERNMENT HIGH SCHOOL**

This study was held between 1-30 May 2019 after obtaining the approval of the ethics committee and institution at a public high school in Avcılar district of İstanbul. The aim of this study was to evaluate the relationship between nutritional knowledge and breakfast habits 416 adolescents within ninth, tenth and eleventh grades. General information, family information and breakfast habits of the individuals were determined by a socio-demographic data form. To evaluate the nutritional knowledge of individuals, consists of 38 items and 3 subfield (adequate and balanced nutrition, nutritional elements, health problems related to nutrition) developed by Öz and friends was used and the KR-20 value of the was 0,70 for our study group. In this questionnaire where range was of the minimum 0 and maximum 38 points, the individuals total score of the questionnaire varied between 17 and 36 and the total mean score of the questionnaire for our study group was  $29,18 \pm 3,31$ . The mean nutritional knowledge score of the 11th graders compared to the 10th graders, and the female, to the males were significantly higher ( $p < 0,05$ ). Nutritional knowledge questionnaire total scores and subfield scores were compared with breakfast habits; the mean score of adequate balanced nutrition subfield of the individuals who had breakfast at home, those who felt bad when they didn't have breakfast, and who had fatigue symptoms were found to be significantly higher ( $p < 0,05$ ). The mean score of the nutritional knowledge questionnaire was significantly higher in individuals who found breakfast useful, who believed that neglecting breakfast affected their success rate and experienced weakness due to a neglect of breakfast ( $p < 0,05$ ). As a result; the relationship between nutritional knowledge and breakfast habits of adolescents was determined. It is recommended to limit the skipping of meals and to plan trainings for completing undernutrition information in schools.

**Key Words:** Nutrition in Adolescents, Nutrition Knowledge, Nursing, Breakfast Habits

## GİRİŞ ve AMAC

Ergenlik evresi, hızlı büyümeyi ve gelişmeyi aynı zamanda çocukluktan yetişkinliğe geçişi içine alan önemli bir evredir. Bu evrenin başlangıcı “puberte” olarak tanımlanmaktadır. Kız bireylerde genellikle 8-13 yaşlarında başlayan puberte, erkek bireylerde 9-14 yaş aralığında görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 10-19 yaş aralığını adölesan dönem olarak belirtmektedir. Bu dönemdeki fiziksel değişimler bedenın gıdalara olan ihtiyaçlarında da farklılık oluşturmaktadır (Erkan, 2011). Adölesan bireylerde enerji ve besin öğelerine olan ihtiyaç, hızlanan büyüme ve gelişme ile orantılı şekilde artmaktadır. Enerji ve besine olan gereksinimleri, ergenlerin yaşlarından çok fiziki anlamda gelişmeleriyle orantılı olarak ortaya çıkar. Çocukluk döneminde kız ve erkek çocukların gıdaya olan gereksinimleri birbirlerine benzerlik gösterirken, ergenlik dönemi ile birlikte ortaya çıkan cinsiyetler arası farklılıklar sonrası vücudun enerjiye ve besin öğelerine olan ihtiyaçları da farklılık göstermektedir (Avan, 2006).

Ergenlik evresi, büyüme ve gelişmede hızlı artışın olduğu bir evredir. Bu evrede beslenme gereksinimleri de en yüksek düzeye ulaşmaktadır (Sormaz ve Şanlıer, 2015). Günlük alınması gereken enerjinin; %10-15’ kaliteli proteinlerden, %30-35’i yağlardan ve %50-60’ı da karbohidratlardan karşılanmalıdır. Enerjiye olan ihtiyaç artışı ile bu evrede; proteine, vitamine ve minerale olan ihtiyaçlarda da artış görülmektedir. Vücuttaki dokuların gelişmesinde etkili olan folik asit ve B12 vitamini ayrıca A vitaminine olan ihtiyaç büyüme ve gelişmeyle paralellik göstermektedir. Aynı zamanda iskelet sisteminin gelişmesi için yeterli oranda D vitamini almak gereklidir. Kan hacminin artışında ve iskelet yapısında önemli olan demire ilave olarak, C vitamini içeriği yüksek besin maddeleri de demirin emilimini arttırdığı için gereklidir. Çinko ise; boyca uzamaya, büyümeye ve cinsel gelişime destek veren, gerekli ve önemli minerallerden biridir (Aydenk Köseoğlu ve Çelebi Tayfur, 2017).

Adölesan dönem, hayat boyunca devam eden alışkanlıkların kazanıldığı ve kişide yer ettiği bir dönemdir. Sağlıksız beslenme de bu dönemde görülen riskli alışkanlıklardan biridir (Özmen ve ark., 2007). Genç bireylerin beslenme

alışkanlıkları kazanmalarında etkili olan birincil etmenler; kişisel yemek tercihleri, ailenin yemek kültürü, ebeveynlerin yemek seçimlerinde rol model olması, toplumsal kurallar ve medyadır. Beslenme alışkanlıklarına etki eden kişisel faktörler ise; inançlara, özsaygıya, ağırlık kontrolüne, davranışlara, öğün ve atıştırma alışkanlıklarına ve bilgilere etki etmektedir. Sosyal çevreden; aile, yakın çevre ve arkadaşlarda yeme alışkanlıklarına etki etmektedir (Şanlıer ve ark., 2009). Öğün aralarında atıştırmak, ev dışında fazla yemek tüketmek, fast-food yemek, vejetaryen beslenmek, sıkı diyet programlarına başvurmak, özellikle gün içerisinde öğünleri atlamak (kahvaltı, öğle yemeği) adölesan dönemde sık görülen beslenme davranışlarıdır (Demirali, 2015). Adölesan bireyler arasında en fazla tüketilmeyen öğünün ise sabah öğünü olduğu belirtilmiştir (Sarıkahya Durmuş, 2017).

Bütün gece aç kalmadan sonra günün en mühim öğünü kahvaltıdır (Karaağaoğlu, 2008). Sağlıklı bir kahvaltı çocuklarda ve adölesan bireylerde akademik başarıyı sağlar, bilişsel işleve de etki eder (Stea ve Torstveit, 2014). Yapılan bir çalışmada öğrencilerin %80,3'ü kahvaltıyı yararlı bulduğunu, yararlı bulanların %63,4'ü kahvaltının enerji verdiğini, kendilerini zinde tuttuğunu, dersleri anlamalarını sağladığını, konsantrasyonu kolaylaştırdığını ifade etmişlerdir (Çelik ve ark., 2004). Kahvaltı atlandığında ise; yorgunluk, hâlsizlik, baş ağrısı, dikkatte ve algıda azalma gibi sıkıntılar ortaya çıkar. Çocuklarda, genç bireylerde okul başarısı düşmekle birlikte kahvaltıyı atlamış beden kendi vücut deposundan karşılar ve hastalıklara karşı direnç azalır (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Beslenme ile sağlık arasında varlığı bilinen bir ilişki vardır. Sağlıklı bir bedene sahip olmak, farklı hastalıklara karşı direnç kazandıran sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve uygulamaları için beslenme bilgisi önemli rol almaktadır. Çocukluk döneminde edinilen sağlık beslenme davranışları yetişkinlik döneminde de devam edebilir. Beslenme bilgisi yetersizliği; sağlık için gerekli alışkanlıkları ve sağlıklı bir vücudun olması gereken ağırlığı korumasında önemli bir engel olabilir (Alması, 2015). Bireylerin yeterli seviyede beslenme bilgisine sahip olmaları; sağlıklı yeme alışkanlığı kazanmaları, doğru besinleri tercih etmeleri ve sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürmeleri için gereklidir (Sabbağ, 2009). Bireylerin obez olmasında ve yaşam kalitelerinin bozulmasında en önemli etkenlerden birisi yanlış beslenme

bilgisi ve alışkanlıklardır (Şanlıer ve ark., 2009). Genç bireylerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için uygun beslenme koşullarının sağlanması, sorunların ortadan kaldırılması ve gelecek yaşamlarında sağlıklarını olumlu yönde etkileyecek davranışların edindirilmesinde aileye, toplumun her bir kurumuna ve okula önemli işler düşmektedir (SB, 2002).

Günümüzde DSÖ, birçok sağlık kurum ve kuruluşu sağlığın korunması ve geliştirilmesinde yapılacak uygulamalarda, temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir (Aksungur ve ark., 2011). Türk Hemşirelik Yönetmeliğinde, hemşirelerin görev kapsamına: “Bireylerin, ailelerin, toplumların sağlıklarını korumada, geliştirmede, hastalık halinde hastalığın düzeltilmesi ve bireylerin yaşam standartlarının artırılması amacı ile sağlıklı ve güvenli bir çevre oluşturma, sağlık eğitimi, sağlık danışmanlığı, sağlık araştırması, yönetimi, kalitenin geliştirilmesi, diğer disiplinler ile işbirliği yapma ve iletişim sağlama” rolleri dâhil edilmiştir. Adölesanların sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde, okul sağlığı hemşireleri, halk sağlığı hemşireleri, psikiyatri hemşireleri gibi hemşireliğin her alanını ilgilendirmekte ve çeşitli sorumluluklar yüklemektedir (Erbaba, 2018). Adölesan bireylerin sağlık bakımları için hemşireler; ana çocuk sağlığı merkezleri, rehabilitasyon merkezleri, sağlık ocakları, hastaneler, okullar gibi çeşitli alanlarda farklı sağlık bakım profesyonelleriyle birlikte adölesan bireylerin sağlığının sürdürülmesi ve geliştirilmesinde aktif rol almalıdır (Dolgun ve ark., 2011). Hemşirelerin adölesan bireylerin sağlığını koruma ve geliştirmedeki rolleri; bakım verme, savunma, vaka yönetme, danışmanlık yapma, eğitim verme ve araştırma yapma olarak ifade edilebilir (Emlek Sert, 2015).

Bu çalışma adölesan bireylerin beslenme bilgileri ile kahvaltı alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Hemşirenin adölesan sağlığını geliştirmede anahtar rollerinden biri olan araştırmacı rolü ile bireylerin beslenme bilgilerinin ne düzeyde olduğu, kahvaltı öğününe ne kadar önem verdikleri ve kahvaltıyı atladıklarında ne gibi sonuçların ortaya çıkacağı belirlenerek, yapılacak müdahalelere yol göstermek, geleceğin yetişkinleri olacak adölesan bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek, konu ile alakalı farklı çalışmalar yapmayı teşvik etmek ve hemşirelik literatürüne katkı da bulunmak amaçlanmıştır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Adölesan Dönem ve Gelişim Özellikleri

Adölesan, Latin dilinde gelişmekte olan, olgunlaşmakta olan anlamına gelen “adolescence” kelimesinden gelmektedir. Adölesan dönem; sosyal, fiziki, ruhi ve biyokimyasal açıdan hızla büyümenin, gelişmenin ve olgunlaşmanın yaşandığı çocukluk çağından yetişkin hayata geçiş evresidir (Yalçın, 2018). Anna Freud 1950’li yıllarda adölesan dönemi “fırtınalı ve stresli” olarak ifade etmiş ve bu dönemin çelişkiler dönemi olduğunu belirtmiştir (Yılmaz, 2015). Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre; adölesan çağ 10-19 yaş aralığını kapsayan bir çağdır. “Genç” tanımı 15-24 yaşları arasını kapsarken, “gençlik” tanımı ise 10-24 yaşları arasını kapsamaktadır (Baltacı ve ark., 2008). UNESCO’nun tanımlamasına göre; ergenlik dönemi 15-25 yaş aralığını kapsarken, BM’nin tanımına göre ise 12-25 yaş aralığını kapsamaktadır (Başak, 2018). DSÖ 2017 verilerine göre dünyada her 6 kişiden biri adölesan dönemde yer almakta olup, dünyada 1,2 milyar adölesan nüfus vardır (Akan, 2018). TÜİK 2018 verilerine göre; 82 milyon 3 bin 882 kişilik nüfusun %15,6’sını 10-19 yaş aralığındaki adölesan bireyler oluşturmaktadır (TÜSEB, 2019).

Gelişim dönemleri içinde en önemli evrelerden birisi olan adölesan/ergenlik dönemi morfolojik ve fizyolojik açıdan bireyin çocukluk evresinden ergenlik evresine geçişidir. Gonadlar ve sekonder cinsiyet belirtilerinde gelişme, büyümede ve kemiklerin olgunlaşmasında gözle görülür hızlanma, vücut oranında ve yapısında değişimler bu dönemin niteliklerini oluşturur. İnsanın yaşam dönemlerine bakıldığında gelişim için en kritik dönemin ergenlik dönemi olduğu ve bireyin yaşamına önemli oranda etki ettiği görülmektedir (Özenoğlu, 2016).

#### 4.1.1. Fiziksel Gelişim

Ergenlik döneminde fiziksel değişim oldukça hızlıdır. Ergenlik öncesi dönem prepuberte olarak adlandırılır. Ergenlik dönem ise puberte dönemi olarak bilinir. Bu dönemin kendine has özellikleri vardır. Büyüme ve gelişme açısından kız ve erkekler farklılıklar gösterir. Ergenlik dönemi kızlarda daha erken başlar. Ergenliğe giriş yaşı ülkeden ülkeye, toplumdan topluma ve ırklar arası değişiklikler gösterir. Bu

farklılıklar çok büyük miktarda olmamak kaydıyla kızlarda genelde 9-11 yaşlarında, erkeklerde ise 11-13 yaşlarında ergenliğe adım atma söz konusudur. Ergenliğe adım atmanın fizyolojik belirtisi kızlarda memenin büyümesi, erkeklerde testis hacminin artmasıdır. Erkekler kızlara göre biraz daha geç (yaklaşık olarak 6 ay-1 yıl) ergenliğe girerler. Kızlarda boy büyümesi erkeklere göre daha önce olurken erkeklerin boyu kızlara göre biraz daha geç büyümeye başlar (Abalı, 2012). Boyun uzama hızı kız bireylerde 10 yaşında, erkek bireylerde ise 12 yaşlarda artış göstermektedir. Puberte evresinde; erkek bireyler 10-30 cm uzarken, kız bireyler 10-20 cm uzamaktadır. Erişkin dönemde erişilen boy uzunluğunun %20-25 kadarı bu dönemde kazanılmaktadır. Adölesan bireylerde, 11-16 yaşları arasında herhangi bir yaş aralığında görülebilen ve genellikle 2-3 yıl süren bu büyümenin hızlanmasına “büyüme atağı” adı verilir (Baltacı ve ark., 2008). Adölesanda büyüme atağı sürecinde kas dokusunda belirgin bir artış vardır ve bu artış erkeklerde daha fazladır. Kas dokusu kızlarda menarş (ilk adet), erkeklerde ise boy uzunluğu ve vücut ağırlığının en üst düzeye çıktığı yaş dönemi ile aynı zamanda en yüksek düzeye erişir (Özenoğlu, 2016).

Adölesan çağda kısa sürede hızlı ve ani gelişen bir büyüme meydana gelir. Ani büyümede kanıt olan beden kütlelerinin aniden artışı, hormonların etkisiyle beraber cinsiyet özelliklerinde ve karakterlerinde gelişmeye zemin hazırlar. Bu değişimler kız ve erkek bireylerde oldukça farklıdır. Büyümenin etkisiyle cinsiyet özellikleri aniden ortaya çıkar. Kız bireylerde özellikle karın-kalça bölgesinde yağ depolarında artış gözlemlenirken, kalça kemiklerinde de genişleme başlar. Deri altı yağ dokusu artar, kalça ölçüleri genişler. Erkek bireylerde ise fiziksel büyüme ile birlikte kas kitlesinde büyük bir artma olur. Bu dönemde uzun kemiklerin büyüme hızı daha fazladır (Arlı ve ark., 2017). Toplam vücut kemik mineral içeriği ve yoğunluğu, adölesan dönem ile hızlı artar ve adölesan dönemden sonra zirve noktasına ulaşır. Ergenlikte büyüme atağı esnasında, erişkin dönemin kemik kütlelerinin yaklaşık %37’si kazanılmış olur. Bireyler de 20 yaşına kadar kemik kitlesi oluşumu tamamlanmaktadır (Aydenk Köseoğlu ve Çelebi Tayfur, 2017).

#### **4.1.2. Bilişsel Gelişim**

Adölesanın bilişsel gelişim nitelikleri hakkında bilgi veren kuramcı J. Piaget'tir. Adölesan dönemdeki kişinin fikir yapısı ve içeriği çocukluk döneminden oldukça farklılık göstermektedir (Uçar, 2014). Piaget bu dönemi; 12 yaşında başlayan ve tüm adölesan çağı boyunca devam eden bir dönem olarak belirtmiştir. Kişinin bilişsel gelişim ve etkileşimi bu dönemde daha da aktif olmaktadır. Bu dönemin en mühim özelliği; bireyin soyut düşünme yetisi kazanmasıdır. Soyut düşünceler analiz edildikten sonra, soyut kavramlar anlaşılacak duruma getirilebilir. Birey analizini yaptıklarını sentezleyebilir. Problemleri mantık çerçevesinde çözümleyebilir, yetişkin bireye benzer düşünme sürecine girebilir (Gözüm, 2016).

Adölesan bireyin düşüncesinin bir başka özelliği de düşüncenin hem gerçek hem de olası ya da bilgilerle alakalı olmasıdır. Bu dönemde ki kişiler bir problemle karşı karşıya geldiklerinde, öncelikle problemle ilgili gerçek ya da varsayım durumları içeren hipotezler ortaya atmaktadır. Bir anlamda problemin olası durumlarını, özelliklerini değerlendirmekte ve gerçekte var olanın, o durum ya da gerçeklerle ilgilisi olan açıklamalardan sadece biri olduğunu bilmektedirler. Böylece adölesan birey sadece bu tip bir olası analiz yaparak hipotezini doğrulayacak yönde deneysel bilgiye erişmeye çalışmaktadır (Ahioğlu Lindberg, 2011). Adölesan birey sevgi, nefret, güç gibi kavramları etkili bir şekilde kullanabilir. Ortalama 15 yaş civarında zihinsel gelişimin en üst noktasına erişir. Dil gelişimi açısından kavramların, atasözlerinin, deyimlerin anlaşılmasında sorun yaşamazlar. Eğitim kuruluşlarında ki öğrenme ve öğretme süreçlerinin etkisi, kişinin soyutlama yetisinin gelişmesinde olumlu ve olumsuz neticeler ortaya çıkarabilir (Gözüm, 2016).

#### **4.1.3. Psikososyal Gelişim**

Adölesan dönemde bir diğer önemli gelişim boyutu ise sosyal gelişmedir (Koç, 2004). Eric Erikson'un psikososyal gelişim teorisinde bu dönem "Kimlik Kazanılmasına Karşı Kimlik Karmaşası" olarak nitelendirilmiştir (Akan, 2018). Erikson bu dönemi gencin "kendini tanıdığı" "identity" bir dönem olarak ifade etmiştir. Bu dönemde genç birey kendini ve toplumdaki rolünü tanımaya çalışmaktadır. Aile, arkadaş grubuna kıyasla ikinci planda kalmıştır (Kavaklı, 1992).



Kişinin sosyal olma durumu ilk olarak ailede ve çocukluk döneminde başlamaktadır. Adölesan dönemde ise bu aile dışına taşarak, okul ve arkadaş çevresi etrafında devam etmektedir (Koç, 2004). Adölesan bireyin sosyalleşmesi, kişinin kendi toplumunda hayatını sürdürebilmesi için arz ettiği minimum öğrenmeyi sağlayan bir süreçtir. Sosyolojik öğrenme süreci ise rekabet ve taklit yoluyla olmaktadır (Derman, 2008).

Adölesan dönemin en önemli psikososyal yönlerinden biri kimliğin kazanılmasıdır. Bu dönemde psikososyal gelişim, bireyin gerçek ve olumlu görünümünü ve kimlik kazanımını zorunlu tutar. Ergen kimliği; fiziksel, bilişsel ve sosyal yeteneklerin gelişimini duygusal ve ruhsal olgunlaşmayı ve cinsel yönelimi içinde barındıran cinsel kimliği içerir (Akçan Parlaz ve ark., 1999). S. Freud'un "Genital Dönem" olarak adlandırdığı bu evrede eskiden yaşanmış cinsel yönelişler, çatışmalar yeniden yaşanır. Adölesan birey bazen kimsesiz olduğunu, yalnız kaldığını ve güvende olmadığını düşünebilmektedir. Ergenlik döneminde bireyler için ebeveynlerinden ayrı yaşama arzusu ve karşı cins ile olan ilişkiler önem kazanmaktadır (Akan, 2018). Akran grupları tarafından kabul edilmek kendisini değerli hissettirir. Bu süreçte devamlı akran grupları ile çeşitli faaliyetlerde yer almak isterler. Orta ergenlik evresinde sevgili olma, cinsel deneyim yaşama ile ilgili meraklar artmaktadır. Bu nedenle cinsel yol ile bulaşan hastalıklar ve adölesan gebeliklerin önlenmesi, okul hemşireleri için önemli bir konudur. Bu konuda öğrencilerin bilgilendirmeleri ve görüşmelerin yapılması önemlidir (Gözüm, 2016).

#### **4.2. Adölesan Dönemde Beslenme**

Beslenme; büyümek, yaşamı sürdürebilmek ve sağlığı korumak için besin öğelerinin kullanılmasıdır. Beslenme, insan ihtiyaçlarının başında gelir (Baysal, 2012). Beslenme; açlığı köreltmek, karnı doyurmak veya canın istediği çeşitli yiyecek ve içecekleri tüketmek değildir. Beslenme; sağlığı korumada, geliştirmede ve yaşam standartlarının yükseltilmesinde gerekli olan besin öğelerini yeterli oranlarda ve gerekli zaman dilimlerinde bilinçli bir şekilde almakla yapılan bir eylemdir. Başka bir tabirle beslenme; ihtiyaç olan besin öğelerinin kişinin büyümesi ve gelişmesi, verimli şekilde uzun süre yaşayabilmesi ve sağlıklı olması için vücuda alıp kullanılmasıdır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2015).

Bedenin büyümesi, çalışması ve kendisini yenilemesi için ihtiyaç olan enerjinin tüm besin maddelerinden yeterli oranlarda alınması ve ihtiyaç halinde kullanılması “yeterli ve dengeli beslenme” olarak ifade edilir. Sağlıklı beslenmede hedef; gerekli oranda ve dengeli şekilde beslenmenin sağlanmasıdır (Besler ve ark., 2015). Sağlığın korunması ile geliştirilmesinde yeterli-dengeli beslenme birincil derecede önemlidir. Besin maddeleri bedenin ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde olmazsa, gereken enerji olmadığından vücut dokuları yenilenemeyecek, günlük faaliyetler yapılamayacaktır. Bu durumda “yetersiz beslenme” söz konusudur. Yetersiz ve dengesiz beslenmede; bedenin büyümesinde, gelişmesinde ve normal çalışmasında aksamalar meydana geleceğinden “yeterli-dengeli beslenme sağlığın temeli” kabul edilir. Yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olan konular araştırıldığında, beslenme bilgisi eksikliğinin diğer etmenler kadar önemli olduğu görülmektedir (Özenoğlu, 2016).

Adölesan dönemde ki bireylerin sağlıklı olmaları, fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal anlamda gelişmeleri, aynı zamanda olgunlaşmaları için yeterli ve dengeli beslenmeleri önemlidir (MEB, 2011). Çocuklarda ve adölesan bireylerde zihinsel ve fiziksel gelişimin uygun şekilde olması beslenme ile ilişkilidir. Bireylerin adölesan dönemindeki beslenmeleri, onların sağlıklarını ve gelecek yaşamlarındaki çalışma kapasitelerini de etkilemektedir (Gümüş, 2009). Adölesan dönem; kişilerin sosyoekonomik koşullardan, aile alışkanlıklarından, sosyo-kültürel değerlerden ve kurallardan etkilendiği yoğun bir değişim dönemidir. Bu dönemde kazanılan alışkanlıklar ve bilgiler; yetişkin yaşamda yapılan besin tercihlerini, kişinin sağlığını ve psikososyal gelişimi gibi birçok yönünü etkiler (Barufaldi ve ark., 2016).

Adölesan dönemde kişi daha bağımsızlığın artmasıyla birlikte besin tercihlerinin büyük kısmını kendisi yapmaktadır. Bu dönemde ergen bireyin büyümesi için ihtiyaçlarını ve iştahını karşılayacak sağlıklı besinlere gereksinimi vardır. Ergen bireyler çocuklardan daha fazla dışarıda yemek yeme eğilimindedirler. Arkadaş ortamlarının etkisi ile işlenmiş gıdalara, kolalı içeceklere, fast-food tarzı zararlı besinleri tüketme meyilleri de fazladır (Çetin, 2013). Mevcut çalışmalar çocukluk veya adölesan dönemde tatlılar, rafine edilmiş tahıllar ve işlenmiş etler gibi yoğun enerji ve düşük lif içeren besinler; şekerli içecekler, tam yağlı süt, kızarmış

patates, bazı katı ve sıvı yağlar ile fast food yiyeceklerden zengin beslenme alışkanlıklarının hayatın ileri ki dönemlerinde obezite riskini arttıracığını göstermektedir (Özenoğlu, 2016).

#### **4.2.1. Adölesan Dönemde Beslenmenin Temel İlkeleri**

- Hızlı büyüme, hormonal değişimler, kemik yapısının %45'inin bu dönemde tamamlanması, kan hacminin artışı sebebi ile kız ve erkek ergen bireylerde farklı oranlarda enerji, protein, mineral ve vitamin ihtiyacı iki katına çıkar. Bu ihtiyaç önerilen besinlerden, yeterli ve dengeli bir şekilde karşılanmalıdır. Kahvaltıya önem verilmelidir.
- Adölesan dönem, sosyal ve duygusal açıdan sıkıntılı bir dönemdir. Bu dönemde fiziksel aktiviteye yönelen ergen bireylerde, fiziksel aktivite ile harcanan kalori ve besin maddeleri miktarı, günlük kalori ve besin maddeleri ihtiyacına eklemelidir.
- Bu dönemde bazı adölesan bireylerde hareketsizlik önemli bir sorundur. Aşırı yeme ile birlikte bireylerde kilo problemleri (şişmanlık) görülebilir. Özellikle şekerli ve unlu gıdalar, kolalı içecekler, patates cips tüketimi ağırlığın artmasına neden olan besinlerdir. Bu besinler tüketilmemeli, ergen birey fiziksel aktiviteye yönlendirilmelidir.
- Bu dönemde adölesan bireyin sağlıklı vücut ağırlığını korunması gerekir. Ağırlık artışı ile birlikte kötü beslenme (malnütrisyon) görülebilir. Ergen vücudu bu dönemde, ihtiyacı olan enerjiyi ve besin öğelerini karşılayamaz ise zayıflık önemli bir sorun olabilir. Ergenin enerji ve besin ögesi ihtiyacı mutlaka belirlenen besin gruplarından yeterli ve dengeli bir şekilde karşılanmalıdır. Diyetle çeşitlilik sağlanmalıdır.
- Bu dönem beslenmede doymuş yağ ve kolesterol içeriği düşük besinler tercih edilmelidir.
- Sebze, meyve, süt ve süt ürünlerinin ayrıca saflaştırılmamış tahıl ürünlerinin tüketimi arttırılmalıdır (Osmanoğlu, 2018).

#### **4.2.2. Adölesanlarda Enerji ve Besin Ögesi Gereksinimleri**

Sağlığın korunması, büyümenin sağlanması ve gelişmenin sürdürülmesi için beslenme gereklidir. Adölesan dönemde bireylerdeki fiziksel değişiklikler, beden besine olan ihtiyaçlarını da değiştirmektedir. Enerjiye, proteine, vitamin ve minerale olan gereksinim bu dönemde artarken, iştahta artmaktadır. Bundan dolayı gıda tercihleri dikkatli ve titizlikle yapılmalıdır (Erkan, 2011). Adölesan bireyin hızlı büyümesi, gelişmesinin devam etmesi için yüksek enerjili, yağdan, şekerden ve sodyumdan fakir, dengeli bir beslenme diyeti sağlanmalıdır. Her adölesan birey için, besin maddeleri ve enerji ihtiyacı farklı hesaplanmalıdır. Çünkü bu yaş dönemlerinde, adölesan bireylerin büyümeleri, gelişim özellikleri, etkin olma düzeyleri birbirlerinden çok farklı olabilmektedir (Dolgun ve ark., 2011). Adölesan dönem, çocukluk döneminden sonra gelen ve hızlı ilerleyen bir dönemdir. Sağlıklı gıda maddelerini seçmek, büyümeye ve gelişmeye pozitif yönde etki etmektedir. Örneğin; kemiklerin gelişmesinde kalsiyuma, kasların gelişmesinde proteine, enerjide yağ ve bu metabolizma olayların olabilmesi için vitaminlere ve minerallere ihtiyaç vardır (Baltacı ve ark., 2008). Beslenme ihtiyacı, çocuğun büyümesi ile gelişmesinin en hızlı olduğu bu evrede fazladır. Gıda maddelerine olan ihtiyaç, büyümenin hızıyla orantılı artış göstermektedir. Bu evrede özellikle kalsiyuma, demire, çinkoya, magnezyuma ve proteine olan ihtiyaç artmaktadır (Arlı ve ark., 2017).

##### **4.2.2.1. Adölesanlarda Enerji Gereksinimi**

Ergenlerin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek enerji ihtiyacı vardır (Canavan ve Fawzi, 2019; Alavi ve ark., 2013; Ayrancı ve ark., 2010). 11-18 yaş aralığındaki erkek bireyler, günde yaklaşık 2500-2800 kaloriye, kız bireyler ise 2200 kaloriye ihtiyaç duymaktadırlar. Bu kalori miktarlarında çocukluk çağına kıyasla önemli bir artış olmaktadır. Sportif faaliyetlerde yer alan veya fiziksel aktivitesi fazla olan adölesan bireylerin, enerjiye olan ihtiyaçları bu ortalamalarda daha fazladır (Erkan, 2011). Adölesan grup için Türkiye’de yaşa ve cinsiyete göre önerilen günlük enerji gereksinimi; 10-13 yaş grubundaki erkeklerde 2445 kkal, kızlarda 2200 kkal; 14-18 yaş grubundaki erkeklerde 2860, kızlarda ise 2260 kkaldir (Besler ve ark.,

2015). Protein ve karbonhidratların 1 gramı 4 kkal enerji verirken, 1 gram yağ 9 kkal enerji vermektedir (Sayan, 1999). Toplam yağ önerilen toplam kalori ihtiyacının %35'inden fazla, %20'sinden az olmayacak; doymuş yağ asitleri toplam kalori ihtiyacının %10'undan az; çoklu doymamış yağ asitleri toplam kalori ihtiyacının %10'u kadar; tekli doymamış yağ asitleri ise toplam yağdan gelen kalori ihtiyacının geri kalanı olacak şekilde ayarlanmalıdır. Karbonhidratlar toplam enerji ihtiyacının %50-60'ı, protein toplam enerji ihtiyacının %15-20'si (yüksek kaliteli) kadar olacaktır (Aydenk Köseoğlu ve Çelebi Tayfur, 2017).

Türkiye'de 4-18 yaş grubu arasında yer alan bireylere sağlıklı beslenmeleri için, besin maddelerinden günlük enerji alımına katkı sağlayacak oranlar; %10-20'si protein, %50-60'sı karbonhidrat, %25-35'i yağ olacak şekilde belirlenmiştir (Besler ve ark., 2015). TBSA 2010 yılı raporunda 12-14 yaş arası erkeklerin günlük enerji alımlarının 2017 kkal, 15-18 yaş arası erkeklerin 2288 kkal, 12-14 yaş arası kızların 1723 kkal, 15-18 yaş arası kızların ise 1701 kkal olduğu belirtilmiştir (SB, 2014). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından adölesanlar için günlük enerji ihtiyaçlarının hesaplanması, ağırlık ve boy kullanılarak yapılabilmektedir. Tablo 1 de 1.aşama ergenliğin ilk başladığı hızlı dönemi, 2.aşama ise ergenliğin yavaşladığı dönemi göstermektedir (Arlı ve ark., 2017).

1.Aşama	Erkek	$17,5 \times \text{ağırlık (kg)} + 651$
	Kız	$12,2 \times \text{ağırlık (kg)} + 746$
2.Aşama	Erkek	$16,3 \times \text{ağırlık (kg)} + 137 \times \text{Boy uzunluğu (m)} + 516$
	Kız	$8,4 \times \text{ağırlık (kg)} + 465 \times \text{Boy uzunluğu (m)} + 200$

#### 4.2.2.2. Adölesanlarda Protein Gereksinimi

Büyümenin ve gelişmenin gerçekleşmesi için, en önemli besin öğelerinden biri olan protein gereklidir. Vücut savunmasında proteinler; vücut çalışmasında rol alan enzimler ve bazı hormonların yapı taşlarındandır. Enerjiye olan ihtiyaç, karbonhidrat ile yağdan karşılanamadığında protein de enerji veren kaynak olarak tüketilebilir (Besler ve ark., 2015). Proteinlerin yeterli oranlarda vücuda alınması; tokluk sağlaması, yüksek ısı etkisi, yağsız vücut ağırlığının sabit kalması ve özellikle

çocukluk çağında büyümede ve gelişmede pozitif etki yaratması açısından gereklidir (Baltacı ve ark., 2008). Proteinler, insan bedeninde organların ve yumuşak dokuların yapısında bulunmaktadır. Büyümede, adölesan çağda yeni dokuların oluşmasında protein gereklidir (MEB, 2015). Adölesan bireylerin çoğu protein ihtiyaçlarını; kırmızı et, balık, yumurta, tavuk, süt gibi protein içeren kaynaklardan sağlamaktadır (Başak, 2018). Ayrıca taneli tahıllar, fındık, soya gibi et dışında kalan ürünler de buna katkı sağlar. Beden yeterli miktarda protein alamadığında; lineer büyümede, cinsel gelişmede gerileme ve yağsız vücut ağırlığında azalma olmaktadır (Erkan, 2011). Ülkemizde 10-13 yaş grubu erkekler için belirlenen günlük protein miktarı 39-59,8 gram, kızlar için 39-45,5 g; 14-18 yaş grubu erkekler için belirlenen günlük protein miktarı 54-71,5 g, kızlar için ise 43-66 gramdır (Besler ve ark., 2015). TBSA 2010 yılı raporunda 12-14 yaş arası erkeklerin günlük protein alım miktarlarının 62,3 g, kızların 51,2 g, 15-18 yaş arası erkeklerin günlük protein alımı 68 g, kızların ise 48,8 gram olarak bildirilmiştir (SB, 2014).

#### ***4.2.2.3. Adölesanlarda Karbonhidrat Gereksinimi***

Karbonhidratlar, vücudun kullandığı ilk enerji kaynağıdır (Özmen, 2016). Vücutta depo edilir ve çok miktarlarda tüketildiğinde fazlası yağa dönüşür. Proteinlerin enerji olarak kullanımını engeller. Kurubaklagil, meyve, tahıl, sebze gibi gıdalar kana daha geç karışarak insülini yavaş yükselten zengin karbonhidrat içerikli kaynaklardır (MEB, 2015). Karbonhidrat açısından zengin besinler aynı zamanda posanın da temel kaynağıdır (Özmen, 2016). Alınan kalenin %55-60 kadarı karbonhidratlardan elde edilmektedir. Oranın çoğunluğunun kompleks karbonhidrat olması, posa bakımından zengin besin maddelerinin tüketilmesi önemlidir. Buna göre yaş aralıklarına özel yeterli oranlarda sebze-meyve tüketilmesi, kabuklu şekilde yenebilenlerin kabukları ile tüketilmesi, meyve suyunun aksine meyvelerin tercih edilmesi ve kurubaklagillerin sıklıkla ve yeterli miktarlarda tüketilmesi gerekmektedir (Baltacı ve ark., 2008). Meyve, sebze, tahıllar gibi karbonhidrat içeren kaynaklar aynı zamanda lif bakımından zengin oldukları için kompleks karbonhidrat olarak tanımlanmaktadır. Günlük diyetle yeterli miktarda lif tüketiminin olması; bağırsakların çalışmasında, kolesterol seviyesinin düşmesinde, kronik hastalıkların önlenmesinde ve obezite riskinin azalmasında etkilidir (Başak, 2018). Yeterli

miktarda karbonhidrat girişi olmadığında vücut proteini enerji kaynağı olarak da kullanmaktadır (Erkan, 2011). TBSA 2010 yılı raporunda enerjinin karbonhidrattan gelme oranı 12-14 yaş arasındaki erkeklerde %53,9, kızlarda %52,6; 15-18 yaş arasındaki erkeklerde %54,7, kızlarda %53,6 olarak bildirilmiştir (SB, 2014).

#### ***4.2.2.4. Adölesanlarda Yağ Gereksinimi***

Yağlar hücrenin yapı maddesidir. Vücut yüzeyinde ısı kaybını önler. Deri altı yağ tabakası organları dış etkenlere karşı korur. Bazı hormonların yapısında yağ bulunur. Yağlar uzun süre midede kalarak tokluk hissi verir (Osmanoğlu, 2018). En önemli enerji kaynağı olan yağların dikkatsizce kısıtlanması; enerji alımının yetersiz olmasına, bu nedenle proteinlerin harcanmasına, büyümenin ve gelişmenin negatif şekilde etkilenmesine neden olabilir. Yağların içeriğinde var olan ve vücut tarafından üretilmeyen esansiyel yağ asitleri, büyüme ile deri sağlığında oldukça önemlidir (Akan, 2018). Adölesan bireylerde günlük alınması gereken kalorinin yağlardan gelen kısmı, toplam kalori ihtiyacının %30'u kadar olması, doymuş yağ oranının %10'dan az olması ve alınacak günlük kolestrol limitinin de 300 mg'ın altında olmaması tavsiye edilmektedir (Kaşıkçı, 2010). Amerikalılar için Diyet Rehber Önerileri adölesan bireylerde, yağdan gelen enerjinin %30'u, doymuş yağdan sağlanan enerjinin ise %10'u aşmamasını önermektedir (Özmen, 2016). TBSA 2010 yılı raporunda enerjinin yağdan gelme oranı 12-14 yaş grubundaki erkek çocuklarda %33,3, 15-18 yaş grubundaki erkek çocuklarda %32,7, 12-14 yaş grubundaki kız çocuklarda %34,8, 15-18 yaş grubundaki kız çocuklarda %34,3 olarak bildirilmiştir (SB, 2014).

#### ***4.2.2.5. Adölesanlarda Vitamin Gereksinimi***

Hücrelerin oluşması için gerekli biyokimyasal döngülerin düzenlenmesine, besinlerle alınan yağdan, proteinden ve karbonhidrattan enerjinin elde edilmesine vitaminlerin bir bölümü yardımcı olmaktadır (SB, 2002). Vitaminler; yağda eriyen vitaminler (A, D, E, K vitaminleri) ve suda eriyen vitaminler (B vitamini ve C vitamini) olmak üzere iki kısımda incelenir. Yağda eriyen vitaminler vücutta depo edilirken, suda eriyen vitaminler depo edilemez ve idrarla fazlası dışarı atılır (Arlı ve ark., 2017). Adölesan çağda vitamine olan gereksinim artmaktadır. Artan enerji

ihtiyacını karşılamak için, karbonhidratlardan enerji açığa çıkarmada; tiamin (B<sub>1</sub>), riboflavin (B<sub>2</sub>) ve niasini (B<sub>3</sub>) daha fazla miktarlarda almak gerekmektedir. Doku sentezinin artmasıyla B<sub>6</sub> ve B<sub>12</sub> vitaminlerine de ihtiyaç artmaktadır. Folik asidin doğum kusurlarını önleyici etkisine dair artan bulgular doğrultusunda, doğurganlık çağındaki tüm adölesan kızların çeşitli diyetlerden besinsel folat alımına ek olarak 400 µg/gün tamamlayıcı veya desteklenmiş besin öğeleri alımları teşvik edilmelidir. Hızlı iskelet gelişiminde D vitamini ve yeni hücrelerin oluşmasında E, C ve A vitaminlerinin de arttırılması gerekmektedir (Yılmaz, 2013). TÜBER'e göre adölesan grubun vitamin ihtiyaçları Tablo 2'de yer almaktadır (Besler ve ark., 2015).

Tablo 2. Türkiye'de Adölesanlara Önerilen Günlük Vitamin Alım Düzeyleri				
	KIZ		ERKEK	
	10-13 yaş	14-18 yaş	10-13 yaş	14-18 yaş
A vitamini (mcg)	600	700	600	900
D vitamini (mcg)	10	10	10	10
E vitamini (mg)	11	15	11	15
K vitamini (mcg)	60	75	60	75
C vitamini (mg)	75	75	75	75
Tiamin (mg)	0,9	1,0	0,9	1,2
Riboflavin (mg)	0,9	0,9	0,9	1,3
Niasin (mg)	12	14	12	16
B12 vitamini (mcg)	1,8	2,4	1,8	2,4
Folat (folik asit) (mcg)	400	400	300	400

#### 4.2.2.5.1. A Vitamini

Epitelyum dokunun oluşması, kemiklerin, dişlerin gelişmesi ve sağlıklı olması, büyümenin gerçekleşmesi, görme olayının ve üremenin sağlanması, hastalıklara karşı direncin kazanılmasında gerekli bir vitamindir (Baysal, 2012). Yetersizliğinde; gece körlüğü, ışığa bakamama, net görememe, gözde kuruma, biot lekesi (göz akında beyaz lekeler), korneada matlaşma, gözün parlaklığını yitirmesi, epitelyum dokularında bozukluk, derinin yapısında bozulma, enfeksiyonlar, kemik gelişiminde gerileme, kemiklerde şekil değişikliği, diş gelişiminde defektler ve üremede bozulmalar görülebilir (Osmanoğlu, 2018). A vitamini kaynakları arasında; tereyağı, süt ve ürünleri, kayısı, koyu yeşil yapraklı sebzeler, kavun gibi turuncu renkli meyve ve sebzeler yer almaktadır (Arlı ve ark., 2017).



#### **4.2.2.5.2. D Vitamini**

Güneş ışınlarıyla kendi kendine vücutta sentez edilir (Arlı ve ark., 2017). Kalsiyum metabolizmasını düzenlemede rol almaktadır. Kalsiyumun ve fosfatın bağırsaklardan emilimini sağlar. Dişlerin ve kemiklerin sağlıklı bir şekilde gelişmesine önemli katkı sağlar (MEB, 2015). Kalsiyum dengesinin sağlanmasında, iskelet sisteminin bütünlüğünü korumasında, hücrelerin farklılaşmasında ve çoğalmasında oldukça önemlidir (Erkan, 2011). D vitamininin yetersiz olması durumunda; osteomalazi ve raşitizm hastalıkları görülür. Özellikle çocukluk çağında vücut gereken miktarda D vitamini alamaz ise; kalsiyum ve fosfor metabolizması bozulur, bu minerallerin kemiklere girişi olmadığı için kemik oluşumu gerçekleşmez. Sonuç olarak kemikler yumuşar ve dayanıksızlaşır, kolayca bükülür ve kırılabilir. Bacaklar da çarpıklık, bileklerde şişme, bel ve göğüs kemiklerinde ortaya çıkan şekil bozuklukları görülür. Bu bozukluklar “raşitizm” olarak adlandırılan durumu ortaya çıkarır (MEB, 2015).

#### **4.2.2.5.3. E Vitamini**

Oksitlenmeyi ve kan hücrelerinin hemolizini önler. Kanseri oluşum riskini engeller. Kataraktın önüne geçer, peptik ülseri önler, kan akışına yardım eder. Üreme üzerinde etkilidir. Kandaki LDL kolesterolünü düşürücü, HDL kolesterolünü yükseltici etkileri vardır. E vitamini yetersizliğine insanlarda pek rastlanmaz (Arlı ve ark., 2017). Bitkisel yağlar E vitamini içeriğince zengindir. Karaciğer ve yumurta orta derecede E vitamini içerir. Buğday, fındık, mısır, yeşil sebzeler, ayçiçeği ve kurubaklagiller E vitamini kaynaklarıdır (MEB, 2015). Adölesan bireylere vitaminle desteklenmiş tahıllar ve fındık özellikle önerilmektedir (Erkan, 2011).

#### **4.2.2.5.4. K Vitamini**

K vitamini, kanın pıhtılaşmasında görev alan vitamindir. Kemiklerin mineralizasyonu ve kırıkların iyileşmesi için gereklidir (MEB, 2015). Yetersizliğinde ön öge artar, protrombin azalır (Baysal, 2012). Hayvansal ve bitkisel gıdaların çoğunda K vitamini bulunur. Zengin kaynakları kurubaklagiller, yonca, ıspanak vb. yeşil yapraklı sebzeler ve balıktır (Sayan, 1999).

#### **4.2.2.5.5. B<sub>1</sub> Vitamini (Tiamin)**

Sinir ve sindirim sisteminin sağlıklı olmasında aktif rol almaktadır. Isıya hassastır, uzun süre suda pişirildiğinde bir miktarı suya geçmektedir. Asitlere karşı dayanıklıdır, alkali ortama hassastır ve vitamin özelliğini kaybedebilir. Tiaminin en zengin kaynakları bitkilerin tohumlarıdır. Tohumların dış kısımlarında ve embriyonlarında daha yoğun şekilde bulunur. Buğday, pirinç, çavdar, kepeği ayrılmamış tahıllar, yumurta, kuruyemişler, meyve ve sebzeler iyi birer tiamin kaynağıdır (MEB, 2015). Yetersizliğinde görülen belirtiler; beriberi (ödem varsa yaş, yoksa kuru beriberi), anoreksiya ve ağırlık kaybı, nörolojik bozukluklar, kas zayıflığı, kalp büyümesi ve yetersizliğidir (Arlı ve ark., 2017).

#### **4.2.2.5.6. B<sub>2</sub> Vitamini (Riboflavin)**

Deri ve göz sağlığında, gıda maddelerinin vücutta kullanılmasında önemli rolü vardır. B<sub>2</sub> vitamini açısından zengin gıdalar; süt ve ürünleri, böbrek, yumurta karaciğer gibi hayvansal gıdalar ile mantar, tam tahıllar gibi bitkisel gıdalardır. Ayrıca yeşil yapraklı sebzeler, kuru baklagiller, bira mayası da eklenebilir. Normal pişirme sırasında B<sub>2</sub> vitamini kaybı görülmez. Işığa dayanıksız olduğu için sütteki B<sub>2</sub> vitamini kaybını önlemek için; sütü korumada ve satışının yapılmasında karton kutular tercih edilmelidir. Suda erimesinden dolayı, pişirilen besin maddelerinin suları atılmamalıdır (MEB, 2015). Yetersizliğinde; ağız, deri ve göz kenarlarında yaralar, şişlikler, yara yerlerinde izler ve ışığa hassasiyet gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır (Arlı ve ark., 2017).

#### **4.2.2.5.7. B<sub>3</sub> Vitamini (Niasin)**

Niasin; vazodilatasyon olarak ateriyosklerozda, Hodgkin adlı hastalıkta, şizofrenide, migrende, depresyonda, hiperlipidemide ve ödemde tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Yetersizliğinde “pellegra hastalığı” görülür. Pellegra; sinir sistemi ve sindirim sistemindeki aksaklıklar aynı zamanda deride oluşan yaralarla tespit edilir. Hastalık; iştahsızlık, bedende yanma hissi, halsizlik gibi belirtiler ile ortaya çıkar ve deride oluşan yaralar ile gelişir. Derideki lezyonlar ile birlikte diyare, kusma ve karın ağrısı gibi gastrointestinal bozukluklar ve sinir sistemi depresyonu

görülmektedir. Belirtiler niasin ile geçirilir (Baysal, 2012). Niasin; yağsız kırmızı ette, balıkta, sakatatta, süt ve ürünlerinde, buğday ürünlerinde, fasulyede, pirinç kepeğinde, yeşil yapraklı sebzelerde ayrıca çay ve kahvede de vardır (MEB, 2015).

#### **4.2.2.5.8. Folik Asit (Folat)**

Özellikle anemi karşında koruyucu etkisi olan vitamindir. Yeşil yapraklı sebzelerde bolca bulunmaktadır. Brokoli, lahanaya, portakal ve tam tahıllar da folat açısından zengindir. Eksikliğine daha çok gebeler de ve çocuklarda rastlanmaktadır. Folat eksikliğinde “megaloblastik anemi” adı verilen bir anemi türü görülmektedir (MEB, 2015). Sabah öğününü tüketme alışkanlığı bulunmayan, hiç portakalın suyunu ya da bakliyat ürünlerini tüketmeyen adölesan bireyler özellikle folik asit yetersizliği bakımından riskli gruptadırlar (Erkan, 2011).

#### **4.2.2.5.9. B<sub>12</sub> vitamini (Kobalamin)**

Vitamin B<sub>12</sub> metabolizmadaki bazı tepkimelerde yardımcı enzim olarak görev yapar. Sinir sistemi sağlığında ve bağışıklık sisteminde önemlidir (Baysal, 2012). Eksikliğinde; anemi, sinirlerde hasar ve paralizler görülmektedir (Arlı ve ark., 2017). Vitamin B<sub>12</sub> hayvansal kaynaklı besinlerde (karaciğer, böbrek, yürek, et) bulunur (Baysal, 2012).

#### **4.2.2.5.10. C vitamini**

Kimyasal adı askorbikasit olan C vitamini; kemik, diş ve damar sağlığının korunmasında ve hastalıklara karşı vücudun direnç kazanmasında aktif rol alan önemli vitaminlerden biridir. Aynı zamanda bazı besin maddelerinin vücutta kullanılmasına yardımcı olmaktadır (MEB, 2015). Hafif yetersizlik durumlarında yaraların geç iyileşmesi ve iştahsızlık görülür. Yetersizlik arttığında diş etlerinde kanama, şişlik, enfeksiyonlara karşı dirençsizlik görülür. Ciddi yetersizlik durumunda vücutta hafif darbelere karşı kanama, eklemlerde şişlik ve buna bağlı ağrılar, kemiklerde kırılma gibi belirtiler sonucunda skorbüt hastalığı ortaya çıkar (Osmanoğlu, 2018). C vitamini kaynakları arasında; maydanoz, şalgam, turunçgiller, kuşburnu, biber, çilek, karalahana, karnabahar yer almaktadır (Baysal, 2012).

#### 4.2.2.6. Adölesanlarda Mineral Gereksinimi

İnsan vücudunun yaklaşık %4 ile %5'i minerallerden oluşmuştur. Bunun yarıya yakını kalsiyum, ¼'ü fosfordur. Magnezyum, klor, sodyum ve kükürt diğer makro minerallerdir. Minerallerin vücut çalışmasında önemli işlevleri vardır. Minerallerin çoğu hücre çalışması için elzemdir (Baysal, 2012). Vücut için gerekli olan minerallerin işlevlerine bakıldığında: sodyum sıvı elektrolit dengesini sağlarken, klor sıvı elektrolit dengesinin devamında rol almaktadır. Potasyum elektrolit dengesi ve enzim reaksiyonunda görev alırken, kalsiyum kemik ve dişlerin oluşumunda, kanın pıhtılaşmasında ve hücre duvarı geçirgenliğinde görev alır. Fosfor vücut sıvılarının nötr kalmasında, iyot vücut metabolizmasının düzenlenmesinde, demir oksijenin taşınmasında, bağışıklık sisteminde ve bilişsel performansta rol oynamaktadır. Magnezyum nöromusküler aktivitede, çinko insülin salınımında ve her ikisi de enzim aktivitesinde görev almaktadır (Sayan, 1999). Adölesan bireylerin mineral ihtiyacı diğer dönemlere kıyasla, büyüme atağının yaşandığı evrede iki kat artmaktadır. İskelet kütleindeki artış kalsiyuma olan, kan hacmi, kas kütlesi artışı ve kızlarda menstruasyonun başlaması demire olan, kas ve kemik kütleindeki artış ve besinsel kaynakların daha iyi kullanımı için de çinkoya olan gereksinim artmaktadır (Topalfakıoğlu, 2011). Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberine göre adölesan grubun mineral ihtiyaçları Tablo 3'de yer almaktadır (Besler ve ark., 2015).

Mineral	KIZ		ERKEK	
	10-13 yaş	14-18 yaş	10-13 yaş	14-18 yaş
Kalsiyum (mg)	1300	1300	1300	1300
Fosfor (mg)	1250	1250	1250	1250
Demir (mg)	10	18	10	10
Çinko (mg)	10	10	11	11
İyot (mcg)	120	150	120	150
Flor (mg)	2	3	2	3
Magnezyum (mg)	240	360	240	410
Krom (mcg)	21	24	25	35
Bakır (mcg)	700	890	700	890
Selenyum (mcg)	40	55	40	55

Minerallerin yetersizlik belirtileri ve buldukları kaynaklar Tablo 4'de yer almaktadır (Arlı ve ark., 2017).

Tablo 4. Minerallerin Yetersizlik Belirtileri ve Kaynakları		
Mineral Adı	Yetersizlik Belirtileri	Kaynakları
Sodyum (Na)	Kaslarda kramp, mental apati, iştah kaybı	Tuz, soda ve salamura yiyecekler
Potasyum (K)	Kas zayıflığı, paralizler, konvülsiyonlar	Et, süt, meyveler, sebzeler, tahıllar, kurubaklagiller
Kalsiyum (Ca)	Çocuklarda büyümede duraksama, kemiklerde kayıp ve kırık, osteoporozis, kaslarda spazm, kanın pıhtılaşmasında gecikme	Süt ve ürünleri, kemikli küçük balıklar, yeşil yapraklı sebzeler, kurubaklagiller
Fosfor (P)	Çok fazla bilinmiyor	Bütün hayvansal dokular
Magnezyum (Mg)	Zayıflık, konvülsiyon, halüsinasyon, pankreatik hormon sekresyonunda baskılanma, büyümede gerilik	Yağlı tohumlar, kakao kurubaklagiller, tahıllar, yeşil yapraklı sebzeler, deniz ürünleri, çikolata
Demir (Fe)	Enfeksiyonlara karşı dirençte azlık, yorgunluk, çocuklarda bilişsel fonksiyonlarda bozukluk, anlama ve dikkatte azalma, ciltte, tırnak yataklarında gözün konjektivasında solukluk, tırnaklarda dışa kıvrılma, yaraların iyileşmesinde gecikme	Kırmızı et, balık, yumurta, kurubaklagiller, kuru meyveler, meyve suları, yeşil yapraklı sebzeler
Çinko (Zn)	Ateroskleroza eğilim, büyümede gerilik, kollajen sentezinde anormallik, DNA sentezinde azalma, protein sentezinde ve hücre bölünmesinde bozulma, diyare, kusma, kalsiyum ve bakı emiliminde azalma, ergenliğe girmede gecikme, testosteron salınım ve sentezinde azalma, troid fonksiyonlarında değişiklik, dalak ve karaciğerde büyüme, mental uyumsuzluk, saçlarda dökülme, yaraların iyileşmesinde gecikme	Protein içeren yiyecekler (et, balık, tavuk, tahıllar, sebzeler)
İyot (I)	Tiroid bezinde büyüme, ağırlık kaybı, çocuklarda mental ve fiziksel gerilik	Deniz ürünleri, iyot ile zenginleştirilmiş besinler
Bakır (Cu)	Anemi, kemiklerde değişiklik	Etler, içme suları
Flor (F)	Dişlerde çürüme, kemik yapısında bozukluk	İçme suyu, çay, deniz ürünleri
Krom (Cr)	Glikoz kullanımında anormallik, koroner arter hastalığı oluşumunda etkili	Et, yağ, bitkisel yağlar
Selenyum (Se)	Nadiren anemi, kalp hastalığı	Deniz ürünleri, et, tahıl taneleri

#### **4.2.2.7. Adölesanlarda Su Gereksinimi**

Vücudumuzun %60'ı sudur. Vücudumuzda yer alan zararlı maddelerin vücuttan uzaklaştırılması, vücut ısısının kontrolü, besin maddelerinin Emilimi ve sindirimi, eklemlerin kayganlığının sağlanmasında su çok önemli bir faktördür (Aydenk Köseoğlu ve Çelebi Tayfur, 2017). Adölesan bireyler gün içerisinde düzenli olarak yaklaşık 2 litre su tüketmelidir ve su içmek için susamayarak beklememelidir. Birey, yoğun egzersizin yapıldığı günlerde ya da sıcak havalarda içtiği su miktarını daha fazla arttırmalıdır. Yeterli su içilmemesi adölesan bireylerde; halsizlik, böbrek problemleri ve konstipasyon gibi sorunlara yol açabilir (Rodopman Arman ve ark., 2011). TBSA 2010 yılı raporunda 12-14 yaş grubu erkek bireylerin günlük su tüketim miktarı 788,92 mL, kız bireylerin 815,4 mL; 15-18 yaş grubu erkek bireylerin 947,57 mL, kız bireylerin ise 906,5 mL olarak bildirilmiştir (SB, 2014).

#### **4.3. Adölesan Dönemi Beslenme Alışkanlıkları ve Etkileyen Faktörler**

Beslenme alışkanlığı, sağlığımızı çok yakından ilgilendiren önemli bir unsurdur. Obezite, hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıkları ve kanser gibi hastalıklara yakalanma olasılığını hatalı beslenme alışkanlıkları artırmaktadır (Sayan, 1999). Adölesan dönem, sağlık konusunda davranış kazanmada ve tutum geliştirmede önemli bir yaşam dönemidir (Akman ve ark., 2012; Uzdil ve ark., 2017). Bu dönem; bireylerin ilgi alanlarında olan artış, bağımsız olma isteği, kendilerince karar verme yetisi, sosyal yaşama geçme ve akranlarıyla bütünleşme kaygıları zamanlarının önemli bir bölümünü dışarıda harcamalarına sebep olmaktadır. Bu da beslenme alışkanlıklarının ve davranışlarının farklılaşmasına, fast-food gıdaların fazlaca tüketilmesine, yanlış rejim uygulamalarına, öğün atlamalarına, öğün aralarında bir şeyler yiyerek açlığın bastırılmasına neden olmaktadır (Şanlıer ve ark., 2009).

Adölesan çağda, öğün atlamak ve ev dışında yemek tüketmek fazlaşmaktadır. Çoğunlukla düzenli olarak yenilen tek öğün akşam yemeğidir. Kızlarda öğün atlama oranı erkeklerden daha fazladır. Bu durum kızların zayıflamaya ve incelmeye eğilimli olmalarından kaynaklanmaktadır. Sabah kahvaltısı genellikle atlanır veya ihmal edilir. Ancak bu durumda öğün aralarının

uzun olması nedeniyle çok acıkmaya bağılı olarak enerji içeriği yüksek olan gıdalar tüketilmelidir (Arlı ve ark., 2017; Prangthip ve ark., 2018). TBSA 2010 yılı raporuna göre 12-14 yaş grubunun sabah kahvaltıyı atlama oranı %15,9 (kızlarda %16,1, erkeklerde %15,6), 15-18 yaş grubunda %21,0 (kızlarda %24,0, erkeklerde %18,2) olarak bildirilmiştir (SB, 2014). Adölesan dönemde en sık görölen beslenme alışkanlıkları incelendiğinde; bazı öğünlerin (özellikle kahvaltının) atlandığı, aralarda atıştırmaların yapıldığı, abur cubur, kafein ve gazlı içeceklerin tüketildiği, yemek seçiminin yapıldığı, enerjinin fazla alındığı, bazı besin öğelerinin eksik tüketildiği, rastgele diyet programlarının uygulandığı, besinler hakkında farklı düşüncelerin oluştuğu görölmektedir (Aydenk Köseoğlu ve elebi Tayfur, 2017).

Adölesanların beslenme alışkanlıklarının oluşmasına birçok faktör etki etmektedir. Adölesan dönemde; iç faktörler (fizyolojik ihtiyaç ve özellikler, beden imajı, kişisel değer yargıları ve alışkanlıklar, besin tercihleri, psikolojik gelişim, sağlık) ve dış faktörler (aile, ebeveyn uygulamaları, arkadaşlar, sosyokültürel değerler, medya, fast food vb. yerler, beslenme alışkanlıkları ve fikirler, kişisel deneyimler) diğer yaşam dönemlerinden daha fazla etkilidir. Bu etmenler adölesanın kendine özgü yaşam stilini oluşturmasına zemin hazırlar ve bireyin beslenme alışkanlıklarına yön verir (Arlı ve ark., 2017). Bu etmenlerden biri olan cinsiyet, adölesan bireylerin besin tercihlerine etki etmektedir. Medyanın etkisi ile adölesan kız bireylerde beden imajına verilen değer ve zayıflama arzusu artmaktadır. Sık dergi okumaları, orada yayımlanan düşük enerjili diyetleri uygulamalarına sebep olmaktadır. Adölesan bireyler besin seçimi yaparken, besin maddelerinin değerlerinden çok görüntülerini ve lezzetlerini önde tutmaları bir diğer faktördür (Kabaran ve Mercanlığil, 2013). Aile ortamı da çocukların yiyecek tüketimini etkilemektedir (Hamulka ve ark., 2018). Zamanın yetersiz olması adölesan bireylerin besin tercihi ile doğru orantılıdır ve sağlıklı besinlerin tüketimine temel engeldir. Adölesan bireyler aşırı yoğun olduklarından, sağlıksız beslenme alışkanlıklarını sağlıklı olanlarla değiştirecek vakit bulamadıklarını belirtmektedirler (Kabaran ve Mercanlığil, 2013). TBSA 2010 yılı raporuna göre 12-14 yaş arası grubunun %16,1'inin, 15-18 yaş grubun ise %16,7'sinin zaman yetersizliğinden dolayı kahvaltıyı atladıkları bildirilmiştir (SB, 2014). Adölesan bireylerde besin alımını etkileyen temel etmenlerden birisi de arkadaş çevresidir. Adölesan bireyler

vakitlerinin büyük bir kısmını arkadaşları ile geçirmektedirler. Yemek yeme de sosyal ortamlarda vazgeçilmez bir unsurdur. Bu nedenle adölesan bireylerin besin tercihleri arkadaşları tarafından kabul edilme ve arkadaşlarıyla beraber vakit geçirip eğlenmeyle de değişmektedir. Adölesan dönemdeki kişiler genellikle okul yemekhanesini tercih etmezler onun yerine okul kantininden ya da okul çevresinden edindikleri besleyici olmayan yiyeceklerle yetinirler (Özdoğan, 2006). Çocukluk ve adölesan dönemlerinde kazanılması sağlanan sağlıklı beslenme alışkanlıklarının güçlendirilmesinde okul ortamının büyük önemi vardır (Kabaran ve Mercanlıgil, 2013). Aynı zamanda beslenme alışkanlıkları kazandırmada okullara büyük görevler düşmektedir (Altay ve ark., 2018).

#### **4.4. Adölesan Dönemde Kahvaltının Önemi**

Akşam öğününden sabah kahvaltısına kadar yaklaşık 10-12 saatlik bir zaman geçmektedir. Bu zaman diliminde gerekli olan enerji ve besin maddeleri vücut depolarından kullanılır. Bilimsel veriler, kahvaltının sağlığı sürdürmede önemli bir öğün olduğunu vurgulamaktadır (Besler ark., 2015). Sağlıklı bir kahvaltı alışkanlığı bireyin genel beslenme durumunu iyileştirme ile ilişkilidir (ALBashtawy, 2017). Kahvaltı alışkanlığı zaman içerisinde şekil alarak, kültüre ve kişisel tecrübelerle göre değişmektedir (Besler ve ark., 2015).

Kahvaltı, beyine enerji sağladığı ve öğrenmeyi geliştirdiği bilinen günün en önemli öğünüdür. Toplam günlük enerjiye ve besin alımına önemli ölçüde katkıda bulunduğu bilinmektedir. Kahvaltının atlanması günün geri kalanında performansı etkileyebilir (Ackuaku-Dogbe ve Abaidoo, 2014). Normal koşullarda, beynin kullanabildiği tek enerji kaynağı glikozdur. Çocuklarda beyin daha fazla çalıştığı için daha fazla glikoza gereksinim duyulmaktadır. Beynin glikoz kullanım oranı 10 yaşından sonra azalmakta ve 16-18 yaşlarında yetişkin düzeye gelmektedir. Bu sebeple çocuklarda gece boyunca devam eden açlık sonrası, beynin çalışabilmesi için kahvaltının tüketilmesi çok önemlidir (Besler ve ark., 2015). Kahvaltı çocukların ve adölesan bireylerin beslenme ihtiyacının neredeyse % 30'unu günlük olarak karşılamaktadır (ALBashtawy, 2017).



Okul yıllarında doğru beslenme son derece önemlidir. Kahvaltı, gün boyunca ilk öğündür ve yeterli miktarda besin değeri almakla ilgilidir. Çocuklar ve adölesan bireyler için kahvaltı yapmak sağlıkları ve büyümeleri için gereklidir. Kahvaltı beslenmenin iyileştirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Kahvaltı yemek, ilkökul ve ortaokul yıllarında beslenme dengesi, fiziksel büyüme, okul ve öğrenme performansı üzerinde olumlu etkiye sahip bir alışkanlıktır. Kahvaltı yapmak öğrencilerin okuldaki varlığını artırır ve devamsızlıklarını azaltır (Gharlipour ve ark., 2015). Kahvaltı atlamanın hem çocukları hem de adölesan bireyleri bilişsel yönde etkileyerek devamsızlığa neden olduğu ve akademik başarıyı olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır (Stea ve Torstveit, 2014). Bir araştırmada boy ve ağırlığı yetersiz olan okul çocuklarının bir grubuna bir hafta kahvaltı, diğer gruba plasebo olarak bir dilim portakal verilmiş ve bilişsel işlev testleri uygulanmıştır. İki hafta aradan sonra plasebo alana kahvaltı, kahvaltı alana plasebo verilerek testler tekrarlanmıştır. Çalışma süresince bireylerin genel davranışları da takip edilmiştir. Kahvaltı çocukların dikkat ve konsantrasyonunu arttırmıştır. Beslenme durumu yetersiz olan çocuklarda kahvaltı, bilişsel test puanlarını yükseltirken, iyi beslenenlerde fark yaratmamıştır. Buna göre kahvaltı özellikle beslenme durumu iyi olmayan çocuklarda okul başarısını iyileştirmektedir (Baysal, 1999). Yapılan başka bir çalışmada öğrencilerin %80,3'ü kahvaltıyı yararlı bulurken, yararlı bulanların %63,4'ü kahvaltının kendilerini dinç tuttuğunu, enerji verdiğini, konsantrasyonu kolaylaştırdığını, dersleri anlamalarını sağladığını ifade etmişlerdir (Çelik ve ark., 2004).

Günün en önemli öğünü olmasına rağmen kahvaltı en çok ihmal edilenidir (Baysal, 1999). Başta ABD olmak üzere son 25 yılda dünyada kahvaltı tüketimi azalmaktadır. Dünya'da adölesan bireylerde kahvaltı öğününün atlanma oranının %10-30 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Ersoy ve Ayaz, 2012). Özellikle okula giden çocukların, yeterli ve dengeli şekilde kahvaltı yapmaları gerekirken, ya dengesiz bir kahvaltı ile çocuklar okula gönderilmekte ya da çeşitli nedenlerle hiç yapılmamaktadır (Baysal, 1999). Kahvaltının atlanmasının temel sebepleri; zamanın yetersiz olması, sabahları iştah olmaması ve adölesanların vücut ağırlıkları konusunda endişe duymaları gerekçesiyle besin alımını sınırlandırmak istemeleridir (Besler ve ark., 2015; Kabaran ve Mercanlıgil, 2013). Kahvaltı öğünü atlandığında;

yorgun ve halsiz olma durumu, baş ağrısı, dikkat eksikliği görülmesi ve algıda azalma gibi problemler yaşanmaktadır (Biçen, 2016; Özdoğan ve Altuhul, 2012). İngiltere, ABD ve Avustralya popülasyonlarında yemek sıklıkları ve özellikle kahvaltının atlanması aşırı tartı ve obezite ile ilişkilendirilmiştir (Goyal ve Julka, 2014).

Ebeveynlerin kahvaltı sırasında gösterdikleri tutum, davranış ve alışkanlıkları, adölesan bireylerin ve çocukların kahvaltı tüketimlerine ve tercihlerine etki etmektedir. Çocuklara ve adölesan bireylere sunulan kahvaltı için tercih yapabilmelerine imkân vermek önemlidir. Böylece besin alımlarını kendileri düzenleyerek, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının gelişmesi tamamlanmış olur (Besler ve ark., 2015). Aile mutlaka sabahları kahvaltı hazırlamalı ve okula gitmeden kahvaltı yapmaya teşvik etmelidir. Kahvaltıda peynir, yumurta, pekmez, bal gibi besin içeriği yüksek gıdalar tercih edilmelidir (Karadağ, 2011). Ayrıca ailesi ile birlikte düzenli olarak sofrada oturarak yemek yiyen adölesanların posa, kalsiyum, folat, demir, B<sub>6</sub> vitamini, B<sub>12</sub> vitamini, C ve E vitaminleri alımlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Özenoğlu, 2016).

Yeterli ve dengeli şekilde yapılan bir kahvaltı; öğün sonrası tokluğu sağlarken, kan şekerinin dengede kalması için bazı hormonların salgılanmasında da rol alır. Sabah kahvaltısını atlayan veya yeterli ve dengeli bir şekilde kahvaltı tüketimi olmayan adölesan bireylerde ve çocuklarda, hafif şişman veya şişman olma durumu daha fazladır. Sabahları kahvaltıyı atlayan çocuklarda; total kolesterol, LDL (kötü huylu) kolesterol ve insülin düzeyleri daha yüksek tespit edilmiştir. Sonuç olarak bu çocuklarda; tip 2 diyabet, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, metabolik sendrom ve osteoporoz görülme riski de artış göstermektedir (Besler ve ark., 2015). Bu sebeple okul döneminde ki çocukların beslenmeleri daha çok önem taşımaktadır. Bu dönemde edinilen beslenme alışkanlıklarının gelecek dönemlerine etki edeceği göz önünde bulundurularak, bu yaş aralığındaki çocuklara verilecek beslenme eğitimiyle yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazanmaları sağlanmalıdır (Karadağ, 2011).

#### **4.5. Adölesan Dönemde Beslenmeye Bağlı Oluşan Sağlık Sorunları**

Türkiye, beslenme açısından hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin problemlerini birlikte içeren bir statüdedir. Ülkemizde vatandaşın beslenme durumu coğrafi bölgelere, mevsimsel dönemlere, sosyoekonomik statüye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Bu durum, beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır. Tüketimdeki yetersizliklerin etkisi adölesan bireylere de yansımaktadır (Avan, 2006). Adölesan dönemde; bireylerin yetersiz ve dengesiz beslenmesi çeşitli sağlık sorunlarını ortaya çıkaracağından birey erişkinlik döneminde de etkilenmektedir. Fazla tartı ve obezite, demir ve B<sub>12</sub> vitaminine bağlı anemiler, mineral eksikliğine bağlı büyüme geriliği, anoreksiya ve bulimia nevroza olarak sınıflandırılan yeme bozuklukları, diş çürükleri bu dönemde görülen sağlık sorunları arasındadır (Başak, 2018).

##### **4.5.1. Yeme Bozuklukları**

Yeme bozukluğunun etiyolojisinde birçok etmenin rol oynadığı belirtilmiştir. Bu etmenler; biyolojik ve psikolojik yatkınlık, bireysel ve ailesel etmenler, sosyal koşullar, depresyon, çocukluk döneminde istismar öyküsü, aşırı korumacı aile yapısı, cinsel istismar, aile içi iletişim ve empatisi düşük aileler, başarı odaklı ve yüksek beklentili aileler, ailede depresyon, alkolizm, yeme bozukluğu olan birey varlığı, beden imajı ile ilgili toplumsal normlar, mükemmeliyetçi kişilik yapısı, obsesif eğilim, utangaçlık, stresli yaşantı, kontrol duygusunun yoğun olması, anne çocuk etkileşiminin sağlıklı olması, düşük benlik algısı sayılabilecek risk faktörlerindedir (Gözüm, 2016).

Yeme bozuklukları kızlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Gelişmiş toplumlarda adölesan kızların %5'inin yeme bozukluklarından etkilendiği bildirilmiştir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada tüm adölesanların %2'sinde, kız adölesanların %4'ünde yeme bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Özenoğlu, 2016). Yeme bozukluklarında yaş dönemi olarak adölesan dönem riskli bir dönem olduğundan, okulda öğretmenler ve sağlık çalışanları bu bozuklukları önlemede önemli bir rol oynayabilirler. Yeme bozukluğu prevalansı, hastalığın ciddiyeti düşünüldüğünde okul temelli müdahale programlarının geliştirilmesi önem

taşımaktadır (Gözüm, 2016). Yeme bozuklukların başında; anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tikanırcasına yeme bozukluğu (binge eating) gelmektedir.

#### **4.5.1.1. Anoreksiya Nervoza**

Anoreksiya nervozada belirgin ağırlık kaybıyla birlikte, tartı artışı ile ilgili anlamsız ve aşırıya kaçılmış yoğun bir kaygı yaşanmaktadır. Ayrıca besin maddeleri, kalori, diyet, egzersizle alakalı yoğun bir uğraşının yanında beden imajına yönelik bakışın bozulması söz konusudur. Temel özelliği, adölesan bireyin fazla tartılı olma ya da görünme korkusudur. Kişi bu konuda değiştirilmesi zor olan bir inanca sahiptir ve çoğu hastada aşırı oranda zayıflama görüldüğü dönemde bile bu inanç yıkılamaz. Çoğunlukla kızlarda görülür. Hastalık tipik olarak diyet yapmayla başlar, hasta da ağırlık kaybı arttıkça etrafındakilerin dikkatini çekecek seviyeye gelir ve beden yapısının bozulmasıyla aile fertlerinin endişesi artar. Bu durum bireyde memnuniyet yaratabilir ve ağırlık kaybı işine yoğunlaşabilir. Mükemmeliyetçilik bu adölesan bireylerde sık rastlanılan bir özelliktir. Özgüven kaybı, aşırı kaygı ve takıntılı davranışların eşlik etmesi yanı sıra bazı olgularda geçmişte istismar öyküsü bulunabilir. Bu hastalık devam eden bir bozukluk olup; kalp ritminde bozulmaya, kan biyokimyasında ciddi değişikliklere, adet görememeye ve kemik dokusunda ciddi kayıplara neden olabilir (Rodopman Arman ve ark., 2011). Anoreksiya nervoza psikiyatrik hastalıklar içerisinde en yüksek mortalite oranına sahiptir. Hastanın vücut ağırlığının %20-30'unu, ağır olgularda ise %50'ye yakını kaybettiği bildirilmiştir (Özenoğlu, 2016). Hastaların beşte biri ölümcül sonuçlarla karşılaşabilir. Ciddi yeme bozukluğu olan hastaların tahmini %10'u sistemik sorunlardan, %5'i de intihar girişimiyle hayatını kaybetmektedir (Rodopman Arman ve ark., 2011).

#### **4.5.1.2. Bulimia Nervoza**

Bulimiya nervoza; 10'lu ve 20'li yaşlarda ortaya çıkmaya başlar. Bir buçuk saatte 3400 kaloriye kadar enerji alabilirler. Bazı bireyler ise sekiz saat içinde 20000 kalori tüketebileceklerini düşünürler (Kaşıkçı, 2010). Bulimia nervozayı anoreksiya nervozadan ayıran temel özellik; aşırı gıda kısıtlama girişimlerinin, tekrarlayan ve kontrol edilemeyen yeme ataklarıyla kesintiye uğratılmasıdır (binge eating). Bu ataklarda tüketilen gıda miktarı 1000 ile 2000 kkal arasında değişir. Bu yeme krizleri

en az üç ay boyunca 15 günde bir kez olmalıdır. Aşırı yeme krizleri, kontrolünü kaybetme hissiyle birlikte. Hasta bu krizin başlamasını engelleyemez ve bir kere başlayınca da durduramaz. Genellikle stresör bir tetikleyici ya da disforik bir duygulanım krizi başlatır. Yemek yeme bu hoşlanılmayan duygulanımı azaltmaktadır. Olguların birçoğunda bu yeme epizodlarını; suçluluk duyguları, kilo alma korkusu ve fiziksel rahatsızlık nedeni ile indüklenmiş kusmalar ve laksatif kullanımı takip eder (Acar, 2009).

#### ***4.5.1.3. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu***

Altı aylık süreç içerisinde haftada en az iki kere tıkanırcasına yeme durumunun gerçekleşmesi, normal sürede yenilebilecek yemekleri daha kısa zamanda tüketmek, tok olmasına rağmen aşırı miktarda yemek ancak sonrasında suçluluk hissetmek ve pişmanlık duymaktır. Bu hastalıkta bireyler aşırı yeme sonrası kusmazlar. Aşırı yeme atakları küçük porsiyonlarla başlayıp, oranı ve sıklığı zamanla artarak devam eder. Bireylerin büyük bir kısmında beraberinde obezite gelir (Gözüm, 2016).

#### ***4.5.2. Demir Eksikliği Anemisi***

Hemoglobin sentezi için gerekli olan mineral demirdir. Demir eksikliği ile oluşan sağlık sorunu anemidir. Demir yetersizliği anemisi bebeklerde, çocuklarda, doğurganlık çağındaki kadınlarda sık görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Demir yetersizliğinde bebek ve çocuklarda motor gelişim ve koordinasyon bozulu, dikkat ve algı azalır, okul başarısı etkilenir, fiziksel aktivite azalır. Yetişkinlerde fiziksel çalışma ve iş gücü kapasitesi azalır, yorgunluk görülür. Adölesan çağında her iki cinsiyette de demir eksikliğine sık rastlanır. Bu dönemde erkeklerdeki hızlı büyüme ve kızlardaki menstruasyonla olan kayıplar demir ihtiyacının artmasının asıl nedenidir. Demir eksikliği anemisi dünyada 2 milyar insanı etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde okul öncesi çocukların yarısı, okul çağı çocukların üçte biri, gebe ve emzikli kadınların yarısı anemiktir. Demir eksikliğinin anemisinde alınacak önlemler; halkın ve eğitimcilerin yeterli ve dengeli beslenmesi konusunda eğitilmeleri, C vitamini depo edilemediğinden her öğün mutlaka C vitamini yönünden zengin gıdaların tüketilmesi, çay, kahve tüketimlerinin azaltılması

(yemeklerle birlikte tüketiminin engellenmesi), bazı besinlerin demirle zenginleştirilmesi, demir yönünden zengin (pekmez, pestil, kuru meyvelerin) gıdaların tüketiminin sağlanması, risk gruplarına diyet ek olarak demir ve folik asit desteğinin yapılması, temiz su sağlanması ve aşılama programlarının uygulanmasıdır (Köksal ve Gökmen, 2000).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 yılında yayınladığı verilere göre gelişmekte olan ülkelerdeki 0-4 yaş arasındaki çocukların %30'u, 5-14 yaş arasındaki çocukların ise %48'i anemiktir. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda çocukluk yaş grubunda demir eksikliği anemisi sıklığı %15,2 ile %62,5 arasında olduğu bildirilmiştir (Özdemir, 2015). Okul hemşiresi rutin sağlık değerlendirmesi sırasında demir eksikliği belirtilerine dikkat etmelidir ve şüphelendiği bireyleri sağlık kuruluşlarına sevk edip takibini yapmalıdır. Özellikle anemi tanısı almış kişilerde ve riskli gruplarda; çocuk ve ebeveynlerine demir içeriği zenginleştirilmiş alternatif gıdalar ve bu gıdaları çocuğa sunmanın çeşitli yolları anlatılmalıdır (Gözüm, 2016).

#### ***4.5.3. İyot Eksikliği Hastalıkları***

İnsan vücudunda az miktarda var olan eser elementlerden biri iyottur. Yetişkin bir insan bedeninde ortalama 20-30 mg kadar iyot bulunmaktadır. Bireyin günlük iyot ihtiyacı karşılanmadığında iyot eksikliğine bağlı bir grup, gelişimi ve işlevleri etkileyen hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Guatr bu hastalıkların içinde yer alan, belkide en az sorun çıkaran olsa da büyüyen bir tiroit bezi iyot yetersizliğinin en sık ve en basit görülen belirtisidir. Kız bireylerde erkek bireylere oranla daha yaygındır. İyot eksikliği görülen coğrafi bölgelerde yaşayan çocuklar ile yapılan çalışmalarda, çocukların okul performanslarının ve IQ'larının 10-15 puan daha düşük olduğu saptanmıştır. Dünya üzerinde iyot yetersizliği önüne geçilebilen zeka geriliğinin en büyük sebebi olmasına rağmen, 130 ülkede ciddi bir halk sağlığı problemi olduğu, dünya nüfusunun %29'unun iyot eksikliğinin olduğu riskli bölgelerde barındığı, %54'ünün iyot yetersizliği hastalıklarından, 740 milyonun ise guatrdan etkilendiği tahmin edilmektedir. Ülkemizde ise guatr görülme prevalansı %30,3'tür (Köksal ve Gökmen, 2000). Ülkemizde önemli bir halk sağlığı problemi olan iyot eksikliğine bağlı hastalıkların önüne geçilmesi amacıyla T.C. Sağlık

Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü ve UNICEF'in işbirliğinde 1994 yılında "İyot Yetersizliği Hastalıklarının Önlenmesi ve Tuzun İyotlanması Programı" başlatılmıştır. Bu programın amacı; ülkemizde iyot yetersizliğinden kaynaklanan sağlık problemlerini ortadan kaldırmaktır (Özenoğlu, 2016).

#### **4.5.4. Malnütrisyon (Kötü Beslenme)**

World Health Organization (WHO) malnütrisyonu; büyüme, yaşamı sürdürme ve asıl işlevler için vücudun ihtiyacı olan enerji ve besin maddeleri arasında hücrenel bir dengesizlik hali olarak adlandırılmaktadır. Malnütrisyon, hayat boyu tüm yaş gruplarına etki eden önemli bir halk sağlığı problemidir. Bir veya daha fazla gerekli besin maddesinin, yetersiz veya aşırı alımıyla ortaya çıkan patolojik bir durumdur. Etkisi intrauterinde beyin hasarına, çocukluk döneminde büyüme geriliğine, azalmış fiziksel ve zihinsel gelişime, ileriki yaşlarda beslenmeden kaynaklı kronik hastalıkların ortaya çıkma riskinde artmaya kadar uzamaktadır. Yetersiz beslenmenin sebepleri çok yönlüdür ve şöyle özetlenebilir:

1. Fizyolojik nedenler
  - a. Besin ögesi alımında azalma (kıtlık, anoreksiya vb.)
  - b. Besin ögesi emiliminde azalma
  - c. Besin ögelerinin vücutta kullanımında azalma
  - d. Vücuttan besin ögesi kaybı
  - e. Besin ögesi gereksiniminde artma
2. Sosyoekonomik nedenler
3. Afet durumları
4. Sosyal ve davranışsal nedenler
5. Besin güvencesinin olmamasıdır (Özenoğlu, 2016).

#### **4.5.5. Diş Çürükleri**

Adölesan dönem diş çürükleri ve diş eti hastalıklarının da başladığı dönemdir. Yapılan çalışmalar, adölesan bireylerin %80'inin dental lezyonlardan etkilendiğini bildirmektedir. Adölesanların öğün aralarında atıştırdıkları gıdalar, çoğunlukla

karbonhidrat açısından zengindir. Şeker ve nişasta içerikli gıdalar, diş çürüklerine üzerinde oldukça etkilidir. Şekerli ve nişastalı gıdaların tüketiminin hemen ardından ağız iyice çalkalanmalı ve dişler fırçalanmalıdır. Diş eti kanamaları da adölesan evrede artmaktadır. A vitamini eksikliği de periodontal hastalıklara zemin hazırlamaktadır. A ve C vitamini kaynaklı besin maddelerinin diyetle yeterli oranda yer alması ve iyi bir ağız hijyeniyle diş eti hastalıkları önlenebilir (Arlı ve ark., 2017). Okul hemşireleri, çocukların ve ailelerin diş sağlığını geliştirmek adına eğitim programları düzenleyebilir, belirli zaman aralıklarında diş kontrolü yaparak günde en az iki defa diş fırçalama konusunda çocuğu destekleyebilir. Ayrıca tespitini yaptığı diş çürükleri, diş eti kanamaları ve kapanma bozuklukları için çocuğu bir diş hekimine yönlendirerek erken tedaviyi sağlamış olabilir (Gözüm, 2016).

#### **4.5.6. Obezite**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şişmanlık ve obeziteyi “sağlık için risk teşkil eden anormal veya aşırı yağ birikimi” şeklinde tanımlamıştır (Doğan, 2017). Obezite; genel anlamda enerji alımının enerji tüketimini aştığı durumlarda, yağ dokusunun artması sonucu ortaya çıkan klinik bir durum olarak adlandırılmaktadır (Ergül ve Kalkım, 2011). Yağ dokusunda artış ve obezitenin riskli olduğu dönemler; süt çocukluğu dönemi, 5-6 yaş arası dönem ve adölesan dönemdir (Kahraman ve Boluşık, 2017). Adölesan çağda görülen iki farklı tür obezite vardır. Birincisi; çocukluk döneminden beri obez olup bu dönemde daha da ağırlık kazanmaları ile meydana gelen obezite; ikincisi ise hızlı büyümenin ve gelişmenin etkisi altında yağ dokularındaki artış sonrası ortaya çıkan obezitedir (Karasu, 2006).

Obezite; kalp ve damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, bazı kanser türleri, kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi hastalıkların oluşmasına, yaşamsal kalitenin azalmasına ve ölümlere neden olmasıyla sadece evrensel boyutta bir halk sağlığı sorunu olmamakla birlikte, ülkelerin ekonomilerini de olumsuz yönde etkileyerek karşımıza çıkmaktadır (Besler ve ark., 2010). Yakın zamanlara kadar obezite aslında erişkin bireyleri ilgilendiren bir problem gibi gözükse de, günümüzde adölesan çağın önemli bir problemi olarak karşımızda durmaktadır (Sarıkahya Durmuş, 2017). Erken çocuklukta fazla tartılı olmanın, ileriki çocuklukta obez olma



olasılığını arttırdığı ve ayrıca yetişkinlik döneminde obeziteye yol açtığı belirtilmiştir (Wang ve ark., 2015; Hamulka ve ark., 2018). Uzun süre izlemelerin yapıldığı çalışmalarda, yetişkin obez kadınların %30,0'unun, yetişkin obez erkeklerin ise %10,0'unun adölesan dönemde de obez oldukları bildirilmiştir (Özenoğlu, 2016).

Şişmanlık ve obezite, adölesan çağın %25-30'unu etkileyen bir beslenme sorunudur (Osmanoğlu, 2018). DSÖ'nün 2011 verilerine göre 5 yaş altı 40 milyon çocuğun kilolu olduğu bildirilmiştir. Bu çocukların yaklaşık 35 milyonu gelişmekte olan ülkelerde bulunmaktadır (Gözüm, 2016). Bu sayının 2025 yılına kadar 70 milyona ulaşacağı ön görülmektedir (Kahraman ve Bolışık, 2017). ABD'de NHANES 2011-2012 verilerinde; 2-19 yaş grubundaki çocukların ve adölesan bireylerin obezite oranı %16,9 (12,5 milyon), yenidoğan ve okul öncesi çocuklarda %8,1 olarak bildirilmiştir (Erdim ve ark., 2014). Avrupa'da ise obez çocuk ve adölesanların oranı %38, Asya'da %22, Çin'de %24,6 olarak bildirilmiştir (Kahraman ve Bolışık, 2017). Türkiye okul çağı çocuklarında büyümenin izlenmesi (TOÇBİ) proje araştırmasında 6-10 yaş arası çocukların %11,9'u hafif kilolu, %4,9'u da obez olarak bildirilmiştir (SB, 2011). TBSA 2010 verilerinde ise; Türkiye genelinde 6-18 yaş grubundaki çocukların %14,3'ü hafif kilolu, %8,2'si obez olarak belirlenmiştir. Yaşa ve cinsiyete göre değerlendirildiğinde; 12-14 yaş aralığındaki kızların %12,8'i hafif kilolu, %8,5 obez, 15-18 yaş aralığındaki kızların %13,0'ü hafif kilolu, %8,2'si obez; 12-14 yaş aralığındaki erkeklerin %15,2'si hafif kilolu, %11,2'si obez, 15-18 yaş aralığındaki erkeklerin %13,5'i hafif kilolu, %8,3'ü obez olduğu bildirilmiştir (SB, 2014). Epidemiyolojik araştırmalar; yaş ile cinsiyet gibi demografik faktörlerin, eğitim seviyesi ile medeni hal gibi sosyo-kültürel faktörlerin yanında, biyolojik etmenlerin ve beslenme alışkanlıklarının, sigara ve alkol tüketimi ile fiziksel faaliyetlerin az olması gibi yaşam şekli faktörlerinin de obeziteye neden olduğunu göstermektedir (Besler ve ark., 2010).

Obezite inspeksiyonla gözlenebilen bir durumdur. Ayrıca antropometrik ölçümler ve ölçümlerden türetilmiş bazı obezite indeksleri kullanılır. En fazla kullanılan ölçütler ağırlık ve boydan türetilmiş olan Beden Kitle İndeksi (BKİ)'dir (Kahraman ve Bolışık, 2017). Türkiye'de kullanılabileceği kabul edilen National Center for Health Statistics'in (NCHS) (Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi)

belirlediği ve TOÇBİ raporunda da yer alan çocukluk ve ergenlik dönemi için BKİ persentil referans değerleri Tablo 5’de yer almaktadır (Arlı ve ark., 2017; SB, 2011).

Değerlendirme	Persentil
Çok Zayıf	< 5. Persentil
Zayıf	5.- 15. Persentil arası
Normal	15.-85. Persentil arası
Kilolu	85.-95. Persentil arası
Şişman (Obez)	≥95. Persentil

Çocuklarda ve genç bireylerde obezitenin neden olduğu sağlık problemlerine bakıldığında; şişman çocuklar iri ve erken gelişen çocuklardır. Ergenlik döneminden önce boyları ve kemik gelişim düzeyleri akranlarına göre ileridedir. Bu sebeple ergenlik belirtileri erken yaşta görülür, büyüme de erken yaşta tamamlanır. Şişman çocuklarda yürüme gecikir. Ortopedik sorunlar sık yaşanır. Deri kıvrımlarında ve bacak aralarında sürtünmeden dolayı pişikler görülür. Karın ve kalçada yağ fazlalığı sebebiyle deri çatlamaları gözlemlenir. Nefes alıp vermede yaşanan zorluk, şişman çocukların en önemli solunum yolu rahatsızlıklarındandır. Şişmanlık ne kadar erken başlar ise hastalık riski de o oranda artar (Arlı ve ark., 2017).

Obezite birçok faktörü içinde barındırdığından, tedavisiyle pek çok disiplin ilgilenebilir. Beslenme ve fiziksel aktivite planlaması yapılmalı, davranış değişikliği için tedavi uygulanmalıdır. Sebebe yönelik ilaç ve cerrahi tedaviler de uygulanabilmektedir (Kahraman ve Bolışık, 2017). Obez çocuklar ve adölesanlara göre alternatif tedaviler sınırlıdır. Bu yaş aralığında ilaç ve cerrahi yöntemler ile yapılan obezite tedavi çalışmalarının sayısı oldukça azdır. Aileler, okullar, birinci basamak sağlık kuruluşları obez çocukların tedavi edilmesi ve obezite sıklığının azaltılması için çalışmalıdırlar (Arlı ve ark., 2017).

Hemşirelerin adölesan sağlığında en önemli sorumluluklarından biri, bireylerin sağlıklı beslenme şekillerini geliştirmeleridir. Hemşire kilo vermede gönüllü olan obez ergenler için, sağlıklı beslenme programı hazırlarken ve var olan beslenme şekli ile içeriğini incelerken ergen bireyi de yaptığı çalışmaya dâhil etmelidir (Dolgun ve ark., 2011). Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı obezitesini

önleme ve tedavi etme programlarına ailelerin katılımının programların başarısını arttırdığı görülmektedir. Bu sebeple; hemşirelerin obezitenin önüne geçilmesi ve yönetilmesinde aileler ile beraber çalışması ve çocuklarına rol-model olmaları konusunda aileleri bilinçlendirmesi gerekmektedir. Hemşireler yapacakları bu uygulamalarını; okullarda, toplum sağlığı merkezlerinde ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında ya da evde sağlam çocukları muayene etmeleri sırasında yapabilirler (Erdim ve ark., 2014). Hemşirelerin obez ergen bireylere yönelik geliştirebileceği hemşirelik tanıları aşağıda verilen şekilde sıralanabilir, ancak her ergen bireyin durumuna ve ihtiyacına göre bakım planı hazırlanmalıdır. Bu tanıları ise;

- Beden kütle indeksinin artışına, fiziksel aktivitede ve harekette azalmaya, kas güçsüzlüklerinin görülmesine bağlı **aktivite intoleransı**,
- Yeterli ve dengeli beslenme bilgisinin olmaması, kilo kontrolündeki yetersizlik, sağlıksız beslenme alışkanlıkları nedeni ile **beden gereksiniminden daha fazla beslenme**,
- Ağırılıkta artışın aşırı olması nedeniyle **beden imajında bozulma**,
- Fazla ağırlığın fizyolojiye ve psikolojiye olan olumsuz etkilerine bağlı **sağlığını sürdürmede etkisizlik**,
- Sağlıksız beslenme davranışları ve dengeli beslenme ile ilgili bilgi eksikliği nedeniyle **sağlıklı beslenme programını etkisiz yönetme riskidir** (Ekici, 2015).

*Obezitede tedavisinde pediatri hemşirelerinin yapabileceği girişimler:*

- Tartı kaybı için obez veya aşırı tartılı ergenlere sağlıklı yöntemler önermek,
- Obez ya da fazla tartılı çocukların ailelerine önyargısız, bireysel olarak kabul edilen ve ağırlık kaybına yönelik destekleyici müdahaleler önermek,
- Kilo kaybı müdahalelerini uygulamak için motivasyonel görüşme danışmanlığı tekniklerini kullanmak,
- Ailelerin günde en az bir öğünü birlikte yemelerini, ailenin yemeğe ve yemek hazırlığı planlamasına katılmalarını önermek,

- Anne-babaların sağlıklı beslenmede iyi bir rol model olmaya çalışmaları için önerilerde bulunmak,
- Aileye her hafta yeni yiyecekler ya da yeni tarifler denemelerini ve ebeveynlerin sağlıklı atıştırma alışkanlıkları hazır bulundurmalarını tavsiye etmektir (Gürhan ve ark., 2019).

#### **4.6. Adölesan Sağlığını Geliştirmede Hemşirelerin Rolü**

Başta DSÖ olmak üzere pek çok sağlık kurumu, sağlığın korunması ve geliştirilmesi faaliyetlerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri ön görmektedir. Gelişmiş toplumlarda sağlığı geliştiren programların planlama, uygulama ve değerlendirme basamaklarının profesyonel hemşirelerce gerçekleştirildiği bilinmektedir (Emlek Sert, 2015). Hemşirelik mesleğinin uzmanlık alanlarından çocuk hemşireliği; doğumdan başlayarak ergenlik döneminin sonuna kadar evde, toplumda ve hastanede büyüme, gelişme, hastalıklardan korunma, akut ve kronik hastalıklarda hastalık yönetimi konusunda bakım verme, çocuğun sağlığına etki edebilecek problemlerin erken belirlenmesinde ve çözümünde çocuk, aile ve diğer sektörel birimlerle iş birliği içinde çalışma ve optimal sağlık bakımını sağlamakla görevli profesyonel bir meslek grubudur. Ergenlik dönemi, sağlığın geliştirilmesi için ideal bir dönem olarak düşünülmelidir. Bu yaş grubunda yer alanlara yönelik verilen hemşirelik bakımı, sağlığın geliştirilmesine ve ergen bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını üstlenmelerine odaklanmalıdır. Adölesan bireylere verilecek sağlık hizmetlerinde hemşireler; bireylerin büyüme ve gelişmesini, kişisel farklılıkların normal ve anormal olan sınırlarını, sağlık risklerini ve bunların etkilerini bilmeli, vereceği sağlık hizmetinin amaç ve yararları konusunda bireylere ve ailesine bilgi vermeli, aktif şekilde katılımlarını sağlamalıdır. Adölesan bireylere verilen sağlığın sürdürülmesi ve geliştirmesine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin bireylerin büyümesi, gelişmesi ve psiko-sosyal uyumu tamamlanmasına kadar devam etmelidir (Akan, 2018).

## **5. MATERYAL ve METOT**

### **5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Araştırma; adölesan bireylerin beslenme bilgileri ile kahvaltı alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel tarama modelinde gerçekleştirildi.

### **5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, İstanbul iline bağlı Avcılar ilçesinde bulunan Anadolu Lisesinde 1-30 Mayıs 2019 tarihleri arasında yapıldı. Yatılı olmayan ve tam gün eğitim veren okulda 1 müdür, 2 müdür yardımcısı, 45 öğretmen, 25 derslik, , 690 öğrenci bulunmaktadır. Okul bahçesinde voleybol ve basketbol sahaları ile oyun alanları, okul içersinde ise masa tenisi masaları yer almaktadır. Okulda revir ve okul hemşiresi bulunmamaktadır.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini; 2018-2019 eğitim ve öğretim yılının ikinci döneminde 9, 10, 11 ve 12. sınıflarda öğrenim gören 690 öğrenci oluşturdu. Araştırma da örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırmaya katılıma gönüllü tüm öğrenciler çalışma kapsamına alınmıştır. Üniversite sınavına hazırlanmak için okula gelmeyen 12. sınıfların tamamı (237 öğrenci) ile araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 37 öğrenci çalışma kapsamı dışında kaldı. Çalışma 416 öğrenci ile sürdürüldü.

### **5.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri; “Sosyo-Demografik Veri Formu” (EK-1) ile Öz ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılan ve kullanım izni alınan (EK-3) “Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi” (EK-2) kullanılarak toplandı.

#### 5.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulan sosyo-demografik veri formunun ilk bölümünde; öğrencilerin sınıf, yaş, cinsiyet, boy ve kilo, aile tipi, kardeş sayısı, anne ve baba mesleği, anne ve babanın eğitim durumu, ailenin gelir durumunu içeren 10 soru, ikinci bölümünde ise; beslenme eğitimi alma durumu, kendi beslenme bilgilerini değerlendirme durumu, beslenme bilgilerini aldıkları kaynaklar, hemşireden beslenme bilgisi alma durumu, öğün atlama durumu, kahvaltı yapma durumu, kahvaltı yapılmadığında neler olduğu ve kahvaltıda neler tüketildiğine dair 16 soru yer almaktadır (EK-1).

#### 5.4.2. Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi

Öz ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılan ve kullanım izni (EK-3) alınan “Adölesan Beslenme Bilgi Düzeyi Anketi” (EK-2) ile bireylerin beslenme bilgileri değerlendirilmiştir. Ankette yeterli ve dengeli beslenme, besin öğeleri ve beslenme ilişkili sağlık problemleri olmak üzere 3 alt boyut yer almaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme alt alanında 9 madde, besin öğeleri alt alanında 21 madde, beslenme ilişkili sağlık problemleri alt alanında 8 madde ile birlikte toplam 38 madde yer almaktadır. Ankette yer alan önermeler doğru–yanlış olabilen tam cümlelerden oluşmaktadır. Önermelerden 12 tanesi yanlış önermedir. Her doğru cevap 1 puandır. Anketten alınacak minimum puan 0, maksimum puan ise 38’dir.

Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi sorularına verilen cevaplar Evet-Hayır şeklinde olduğundan, puanlaması doğru yanıtlar için “1” yanlış yanıtlar için “0” olarak yapılmıştır. Bu yüzden iç tutarlılık değerlendirmesinde KR-20 kullanılmıştır (Polit ve Beck, 2016). Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi alt boyutları değerlendirilmesi sonucu yeterli ve dengeli beslenme alt alanına ait KR-20 değeri 0,64; besin öğeleri alt alanına ait KR-20 değeri 0,67 ve beslenme ilişkili sağlık problemleri alt alanına ait KR-20 değeri 0,62 olarak bulunmuştur. Toplam Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi KR-20 değeri 0,70 olup, ölçeğin güvenilir olduğu söylenebilir.

## 5.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçları İstanbul Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden anket ve araştırma izni (EK-4) alındıktan sonra 2018-2019 eğitim öğretim yılının ikinci dönemi 1-30 Mayıs 2019 tarihleri arasında uygulanmıştır. Veri toplama araçları ve izin yazısı okul müdürüne sunulmuştur. Okul müdürünün belirlediği tarihte öğrencilerin derslerini aksatmayacak şekilde ve sınıftaki öğretmenlerin gözetiminde anketler doldurulmuştur. Formlar dağıtılmadan önce çalışmanın amacı ve konusu sınıfta sunulmuştur ve çalışmaya katılmanın gönüllülük arz ettiği belirtilmiştir. Katılmak istemeyen öğrencilere form verilmemiştir. Formların doldurulması ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Çalışmanın sonucunda 416 adölesan bireye ulaşılmıştır.

## 5.6. Çalışmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik kurul izni İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (29.03.2019 tarihli, 10840098-604 sayılı) alınmıştır. Ayrıca araştırmanın belirtilen lisede yapılması için İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden anket ve araştırma izni alınmıştır (EK-4).

## 5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizlerde lisanslı NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışmadaki verileri değerlendirmede tanımlayıcı istatistiksel metotlar (yüzde, frekans, standart sapma, minimum, maksimum, ortalama, medyan) kullanılmış olup, nicel verilerde normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişken içeren iki grup arası karşılaştırmalarında Student t testi, normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway Anova test ile ikili karşılaştırmalarında Bonferroni test, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ile Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmış olup, istatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

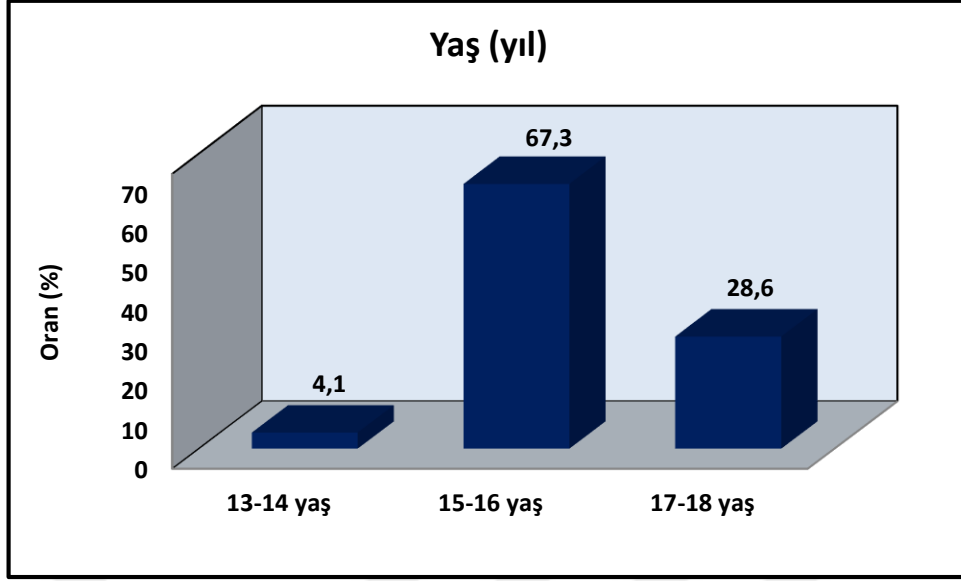
## 6.BULGULAR

Bu çalışma İstanbul ilinde bulunan bir devlet Anadolu Lisesinde eğitim ve öğretim gören; %55,5'i kız, %44,5'i erkek olmak üzere toplam 416 adölesan olgu ile gerçekleştirilmiştir. Olguların %4,1'i 13-14 yaş, %67,3'ü 15-16 yaş ve %28,6'sı 17-18 yaş grubunda yer almaktadır.

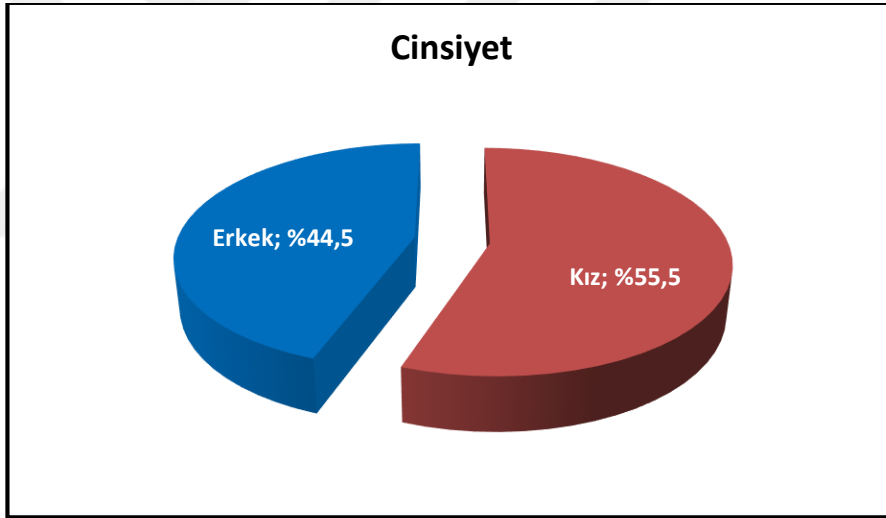
**Tablo 6: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımları (N=416)**

		Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Boy (m)		1,5-1,9 (1,7)	1,69±0,09
Tartı (kg)		37-100 (58)	60,11±11,33
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )		13,9-32,7 (20,3)	20,98±3,10
		<b>n</b>	<b>%</b>
Yaş (yıl)	13-14 yaş	17	4,1
	15-16 yaş	280	<b>67,3</b>
	17-18 yaş	119	28,6
Cinsiyet	Kız	231	<b>55,5</b>
	Erkek	185	44,5
Sınıf	9.sınıf	142	34,1
	10.sınıf	127	30,6
	11.sınıf	147	<b>35,3</b>
Aile tipi	Çekirdek aile	366	<b>88,0</b>
	Geniş aile	37	8,9
	Parçalanmış aile	13	3,1
Kardeş sayısı	0-2 kardeş	314	<b>75,5</b>
	3-5 kardeş	93	22,3
	≥6 kardeş	9	2,2
Anne eğitim durumu	Okuryazar değil	5	1,2
	Okuryazar	9	2,2
	İlkokul	109	26,2
	Ortaokul	80	19,2
	Lise	136	<b>32,7</b>
	Yüksekokul/Üniversite	77	18,5
Anne mesleği	Ev hanımı	296	<b>71,2</b>
	Memur	28	6,7
	İşçi	50	12,0
	Serbest meslek	42	10,1
Baba eğitim durumu	Okuryazar	4	1,0
	İlkokul	73	17,5
	Ortaokul	69	16,6
	Lise	149	<b>35,8</b>
	Yüksekokul/Üniversite	121	29,1
Baba mesleği	İşsiz	12	2,9
	Memur	60	14,4
	İşçi	155	37,3
	Serbest meslek	189	<b>45,4</b>
Gelir durumu	Kötü	17	4,1
	Orta	327	<b>78,6</b>
	İyi	72	17,3





*Şekil 1: Yaş dağılımı*

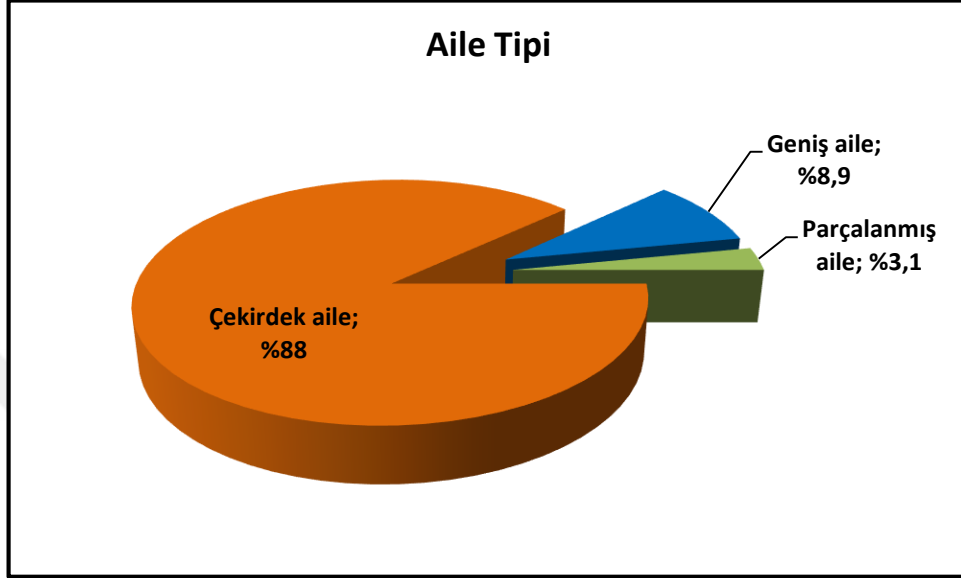


*Şekil 2: Cinsiyet dağılımı*

Boy ölçümleri 1,5 m ile 1,9 m arasında değişmekte olup, ortalama  $1,69 \pm 0,09$  m; ağırlık ölçümleri 37 kg ile 100 kg arasında değişmekte olup, ortalama  $60,11 \pm 11,33$  kg; BKİ ölçümleri  $13,9 \text{ kg/m}^2$  ile  $32,7 \text{ kg/m}^2$  arasında değişmekte olup, ortalama  $20,98 \pm 3,10 \text{ kg/m}^2$  olarak saptanmıştır. Olguların persentil sınıflamasına göre %13'ü zayıf, %75,7'si normal, %9,3'ü hafif kilolu, %2'si obez saptanmıştır. Kızların %9,5'i zayıf, %82,7'si normal, %7,4'ü hafif kilolu, %0,4'ü obezdir. Erkeklerin ise %17,3'ü zayıf, %67,0'si normal, %11,9'u hafif kilolu, %3,8'i obezdir.

Olguların %34,1'i 9.sınıf, %30,6'sı 10.sınıf ve %35,3'ü 11.sınıf öğrencisidir.

Aile tipi incelendiğinde; %88,0 çekirdek aile, %8,9 geniş aile ve %3,1 parçalanmış aile olduğu gözlenmiştir.



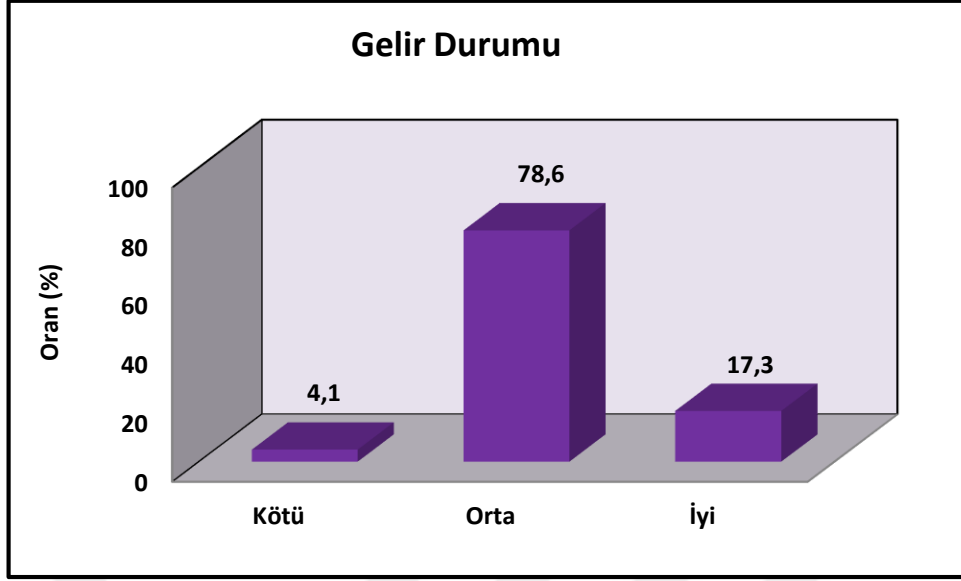
Şekil 3: Aile tipi dağılımı

Olguların %75,5'inin 0-2 kardeşi, %22,3'ü 3-5 kardeşi, %2,2'sinin 6 ve daha çok sayıda kardeşi vardır.

Anne eğitim durumu incelendiğinde; %1,2 okuryazar olmayan, %2,2 okuryazar, %26,2 ilköğretim mezunu, %19,2 ortaokul mezunu, %32,7 lise mezunu ve %18,5 yükseköğretim/üniversite mezunu anne olduğu gözlenmiştir. Annelerin %71,2'si ev hanımı, %6,7'si memur, %12,0'si işçi ve %10,1'i serbest meslek çalışandır.

Baba eğitim durumu incelendiğinde; %1,0 okuryazar olmayan, %17,5 ilköğretim mezunu, %16,6 ortaokul mezunu, %35,8 lise mezunu ve %29,1 yükseköğretim/üniversite mezunu baba olduğu gözlenmiştir. Babaların %2,9'u işsiz, %14,4'ü memur, %37,3'ü işçi ve %45,4'ü serbest meslek çalışandır.

Gelir durumu kötü olan olgu oranı %4,1, orta düzey olan olgu oranı %78,6 ve iyi olan olgu oranı %17,3 olarak bulunmuştur.



*Şekil 4: Gelir durumu dağılımı*

**Tablo 7: Beslenme Bilgisine İlişkin Dağılımlar (N=416)**

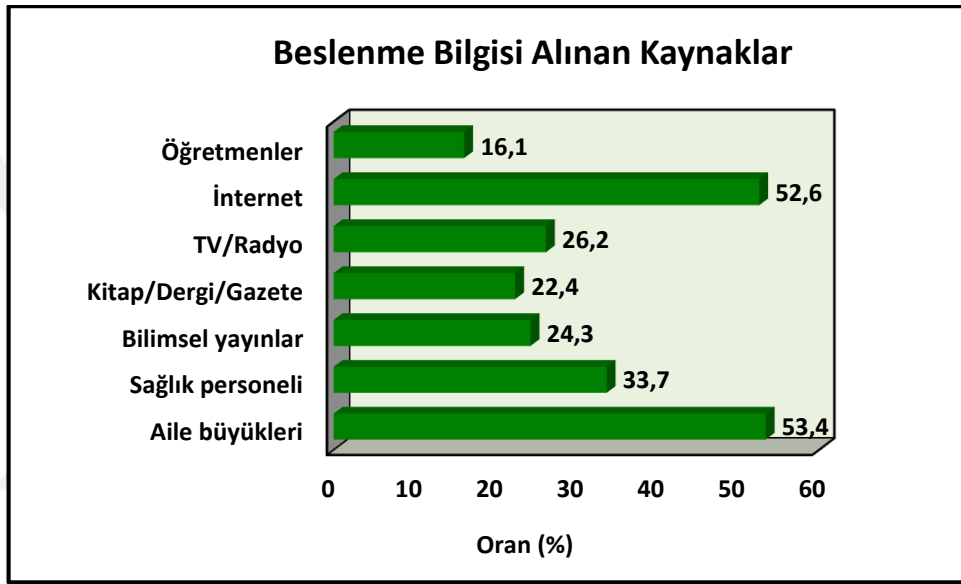
		n	%
<b>Beslenme eğitimi alma durumu</b>	<b>Evet</b>	46	11,1
	<b>Hayır</b>	292	<b>70,2</b>
	<b>Kısmen</b>	78	18,7
<b>Beslenme bilgisi değerlendirme durumu</b>	<b>Kötü</b>	43	10,3
	<b>Orta</b>	272	<b>65,4</b>
	<b>İyi</b>	101	24,3
<b>•Beslenme bilgisi alınan kaynaklar</b>	<b>Öğretmenler</b>	67	16,1
	<b>İnternet</b>	219	<b>52,6</b>
	<b>TV/Radyo</b>	109	26,2
	<b>Kitap/Dergi/Gazete</b>	93	22,4
	<b>Bilimsel yayınlar</b>	101	24,3
	<b>Sağlık personeli</b>	140	<b>33,7</b>
	<b>Aile büyükleri</b>	222	<b>53,4</b>
<b>Hemşireden beslenme konusunda bilgi almak isteme durumu</b>	<b>Evet</b>	181	<b>43,5</b>
	<b>Hayır</b>	129	31,0
	<b>Kararsızım</b>	106	25,5

•Birden çok seçim yapılmıştır.

Olgulara daha önce beslenme eğitimi alma durumu sorulduğunda; %11,1'i evet, %70,2'si hayır ve %18,7'si kısmen yanıtını vermiştir.

Adölesanların kendi beslenme bilgilerini değerlendirilmesi istendiğinde; olguların %10,3'ü kötü düzeyde, %65,4'ü orta düzeyde ve %24,3'ü iyi düzeyde beslenme bilgisi olduğunu belirtmiştir.

Beslenme bilgisi alınan kaynaklar incelendiğinde; %16,1 öğretmenler, %52,6 internet, %26,2 TV/radyo, %22,4 kitap/dergi/gazete, %24,3 bilimsel yayınlar, %33,7 sağlık personeli ve %53,4 aile büyükleri olduğu görülmüştür.



*Şekil 5: Beslenme bilgisi alınan kaynaklara ilişkin dağılım*

Olguların %43,5'i hemşireden beslenme konusunda bilgi almak istediğini belirtirken; %31,0'i bilgi almak istemediğini, %25,5'i ise kararsız olduğunu belirtmiştir.

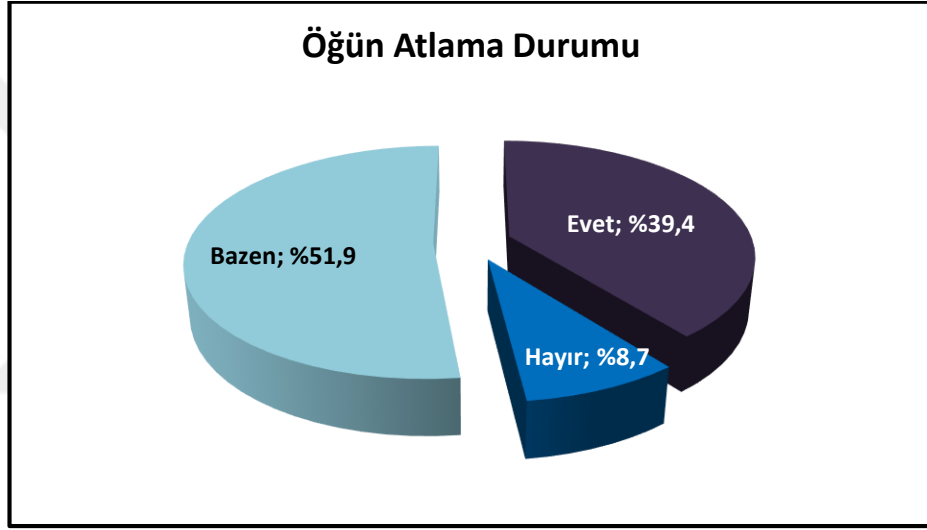
**Tablo 8: Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Dağılımlar (N=416)**

		n	%
Öğün atlama durumu	Evet	164	39,4
	Hayır	36	8,7
	<b>Bazen</b>	<b>216</b>	<b>51,9</b>
Atlanılan öğünler (n=380)	Sabah	168	44,2
	<b>Öğle</b>	<b>190</b>	<b>50,0</b>
	Akşam	22	5,8
Öğün atlama sıklığı (n=380)	Her gün	99	26,1
	Gün aşırı	75	19,7
	Hafta sonları	49	12,9
	<b>Seyrek</b>	<b>157</b>	<b>41,3</b>
Kahvaltı yapma durumu	Evet	390	<b>93,8</b>
	Hayır	26	6,2
Kahvaltı yapma sıklığı (n=390)	Her gün	199	<b>51,0</b>
	Gün aşırı	53	13,6
	Hafta sonları	97	24,9
	Seyrek	41	10,5
•Kahvaltı yapmama nedenleri	Okula geç kalmamak	138	<b>33,2</b>
	Zayıflamak	8	1,9
	İştah olmaması	135	<b>32,5</b>
	Evde hazırlanmıyor	21	5,0
Kahvaltı yapılan yer	Evde	303	<b>72,8</b>
	Okulda	105	25,3
	Cafe/Pastane	8	1,9
Kahvaltı yapılmadığında hissedilen durum	Kötü	148	35,6
	İyi	24	5,5
	Fark etmiyor	244	<b>58,7</b>
Kahvaltı yapmamanın okul başarısını etkileme durumu	Evet	185	44,5
	Hayır	231	<b>55,5</b>
•Kahvaltı yapılmadığında görülen belirtiler	Yorgunluk	171	<b>41,1</b>
	Halsizlik	185	<b>44,5</b>
	Uyku hali	160	<b>38,5</b>
	Açlık hissi	342	<b>82,2</b>
	Titreme	23	5,5
	Üşüme	46	11,1
	Baş dönmesi	61	14,7
	Göz kararması	62	14,9
	<b>Dikkat eksikliği</b>	<b>146</b>	<b>35,1</b>
Kahvaltıyı yararlı bulma durumu	Evet	313	<b>75,2</b>
	Hayır	23	5,6
	Kısmen	80	19,2
•Kahvaltıda tüketilen besinler	Yumurta	303	<b>72,8</b>
	Reçel-Bal	226	54,3
	Peynir	322	<b>77,4</b>
	Pekmez	99	23,8
	Zeytin	244	58,7
	Poğaç- Simit- Açma	213	51,2
	Çay	286	<b>68,8</b>
	Bisküvi-Kraker	20	4,8
	Süt	170	40,9
	Kahvaltılık gevrek	134	32,2
	Margarin- Tereyağı	107	25,7
	Ekmek	336	<b>80,8</b>
	Meyve	30	7,2
	Salam-Sucuk-Sosis	214	51,4

	<b>Tost</b>	264	<b>63,5</b>
	<b>Sebze</b>	124	29,8

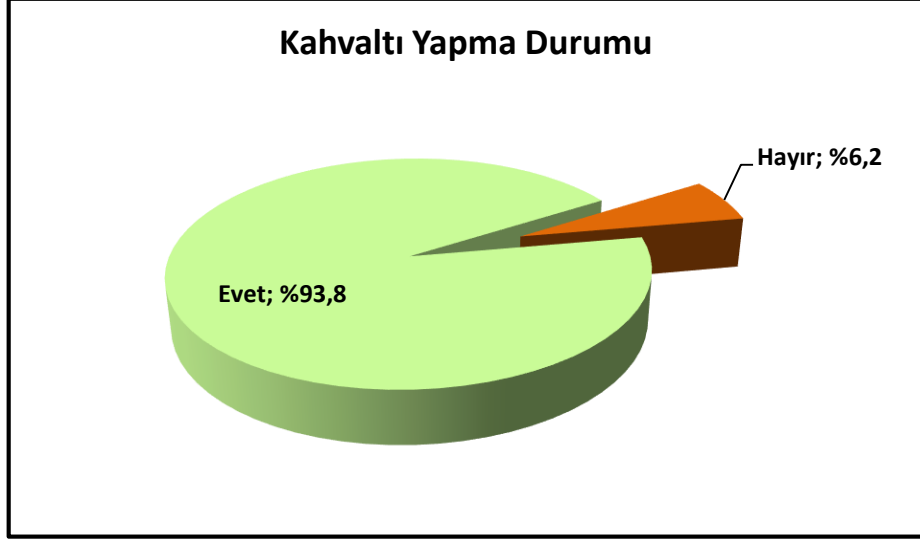
•Birden çok seçim yapılmıştır.

Olguların %39,4'ü öğün atlarken, %8,7'si öğün atlamamakta, %51,9'u (bazen öğün atlamaktadır. Atlanılan öğünler incelendiğinde; %44,2 sabah, %50,0 öğle ve %5,8 akşam öğününün atlandığı görülmüştür. Öğün atlayanların %26,1'i her gün, %19,7'si gün aşırı, %12,9'u hafta sonları, %41,3'ü seyrek olarak öğün atladığını belirtmiştir.



Şekil 6: Öğün atlama durumuna ilişkin dağılım

Olguların %93,8'i kahvaltı yaparken, %6,2'si kahvaltı yapmamaktadır. Kahvaltı yapanların %51,0'i her gün, %13,6'sı gün aşırı, %24,9'u hafta sonları, %10,5'i seyrek olarak kahvaltı yapmaktadır.



**Şekil 7: Kahvaltı yapma durumuna ilişkin dağılım**

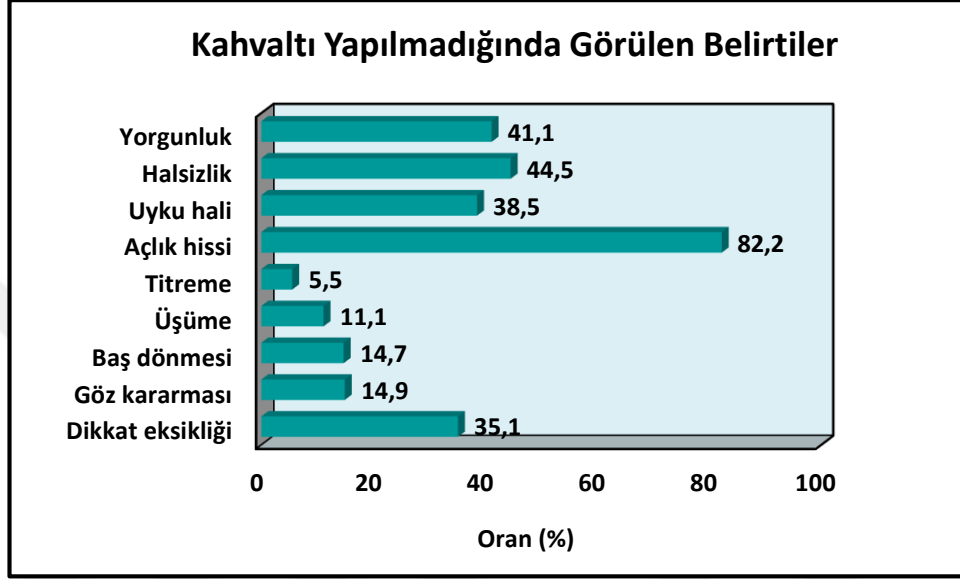
Kahvaltı yapmama nedenleri incelendiğinde; %33,2 okula geç kalmamak için, %1,9 zayıflamak için, %32,5 iştah olmadığı için ve %5,0 evde hazırlanmadığı için yanıtı alınmıştır.

Olguların %72,8'i evde, %25,3'ü okulda ve %1,9'u cafe/pastanede kahvaltı yapmaktadır.

Kahvaltı yapmadığında olguların %35,6'sı kötü hissettiğini belirtirken, %5,5'i iyi hissettiğini, %58,7'si ise fark etmediğini belirtmiştir.

Kahvaltı yapmadığı zamanlarda okul başarısının etkilendiğini ifade eden olgu oranı %44,5 olarak bulunmuştur.

Kahvaltı yapılmadığı zamanlarda olgularda görülen belirtiler incelendiğinde; %41,1 yorgunluk, %44,5 halsizlik, %38,5 uyku hali, %82,2 açlık hissi, %5,5 titreme, %11,1 üşüme, %14,7 baş dönmesi, %14,9 göz kararması ve %35,1 dikkat eksikliği yaşandığı görülmüştür.

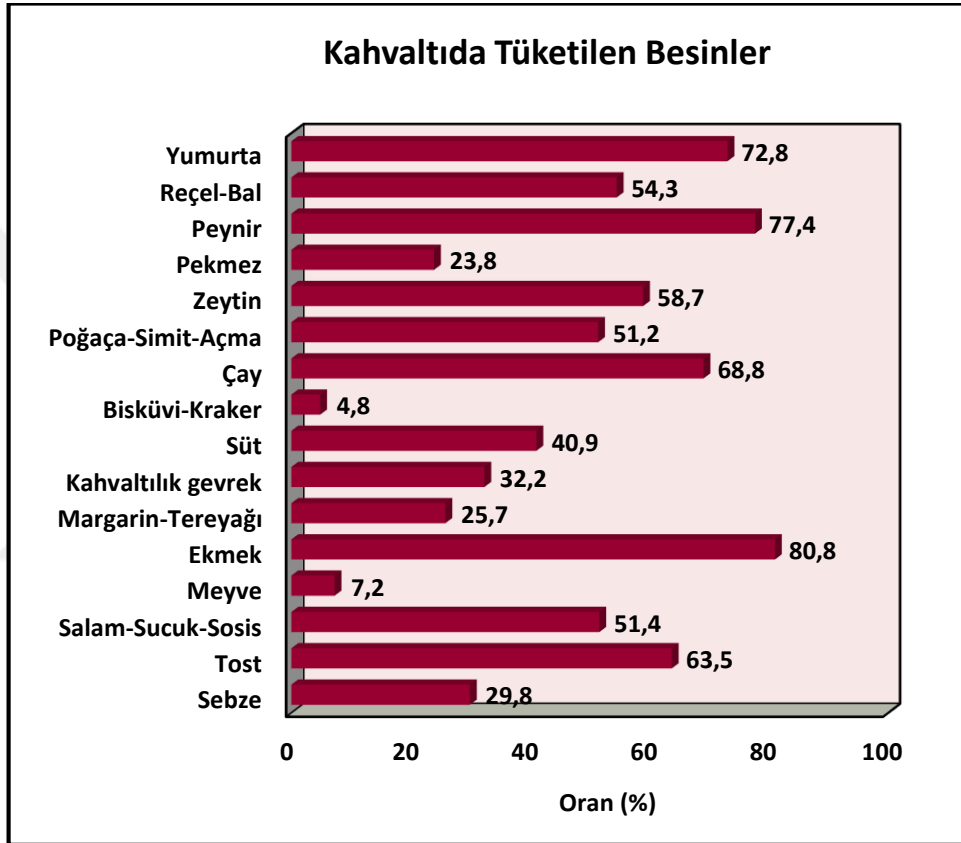


*Şekil 8: Kahvaltı yapılmadığında görülen belirtilerin dağılımı*

Olguların %75,2'si kahvaltıyı yararlı bulurken, %5,6'sı yararlı bulmamakta, %19,2'si ise kısmen yararlı bulmaktadır.



Kahvaltıda tüketilen besinler incelendiğinde; %72,8 yumurta, %54,3 reçel-bal, %77,4 peynir, %23,8 pekmez, %58,7 zeytin, %51,2 poğaç-simit-açma, %68,8 çay, %4,8 bisküvi-kraker, %40,9 süt, %32,2 kahvaltılık gevrek, %25,7 margarin-tereyağı, %80,8 ekmek, %7,2 meyve, %51,4 salam-sucuk-sosis, %63,5 tost ve %29,8 sebze tüketildiği gözlenmiştir.



*Şekil 9: Kahvaltıda tüketilen besinlerin dağılımı*

**Tablo 9: Yaşa Göre Beslenme Bilgisi ve Alışkanlıklarının Değerlendirmesi (N=416)**

		Yaş (yıl)			<i>p</i>
		13-14 yaş (n=17)	15-16 yaş (n=280)	17-18 yaş (n=119)	
		n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Beslenme bilgisi</b>	<b>Kötü</b>	3 (17,6)	23 (8,2)	17 (14,3)	<b>0,221</b>
	<b>Orta</b>	10 (58,8)	184 (65,7)	78 (65,5)	
	<b>İyi</b>	4 (23,5)	73 (26,1)	24 (20,2)	
<b>Öğün atlama durumu</b>	<b>Evet</b>	5 (29,4)	106 (37,9)	53 (44,5)	<b>0,316</b>
	<b>Hayır</b>	1 (5,9)	29 (10,4)	6 (5,0)	
	<b>Bazen</b>	11 (64,7)	145 (51,8)	60 (50,4)	
<b>Kahvaltı yapma durumu</b>	<b>Evet</b>	15 (88,2)	262 (93,6)	113 (95,0)	<b>0,437</b>
	<b>Hayır</b>	2 (11,8)	18 (6,4)	6 (5,0)	
<b>Kahvaltı yapılan yer</b>	<b>Evde</b>	13 (76,5)	214 (76,4)	76 (63,9)	<b>0,037*</b>
	<b>Okulda-</b>	4 (23,5)	66 (23,6)	43 (36,1)	
	<b>Dışarıda</b>				
<b>Kahvaltıyı yararlı bulma durumu</b>	<b>Evet</b>	14 (82,4)	202 (72,1)	97 (81,5)	<b>0,265</b>
	<b>Hayır</b>	1 (5,9)	16 (5,7)	6 (5,0)	
	<b>Kısmen</b>	2 (11,8)	62 (22,1)	16 (13,5)	

*Fisher Freeman Halton Test* \* $p < 0,05$

Yaşa göre adölesanların kendi beslenme bilgilerini değerlendirmesi, öğün atlama durumu, kahvaltı yapma durumu ve kahvaltıyı yararlı bulma durumu istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermemektedir ( $p > 0,05$ ).

Yaşa göre kahvaltı yapılan yer istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ( $p = 0,037$ ;  $p < 0,05$ ). Yaşı 13-14 ve 15-16 olan gruplarda evde kahvaltı yapma oranı, 17-18 yaş grubundan yüksektir.

**Tablo 10: Cinsiyete Göre Beslenme Bilgisi ve Alışkanlıklarının Değerlendirmesi (N=416)**

		Cinsiyet		<sup>b</sup> p
		Kız (n=231)	Erkek (n=185)	
		n (%)	n (%)	
<b>Beslenme bilgisi değerlendirme durumu</b>	<b>Kötü</b>	26 (11,3)	17 (9,2)	<b>0,003**</b>
	<b>Orta</b>	164 (71,0)	108 (58,4)	
	<b>İyi</b>	41 (17,7)	60 (32,4)	
<b>Öğün atlama durumu</b>	<b>Evet</b>	106 (45,9)	58 (31,4)	<b>0,001**</b>
	<b>Hayır</b>	12 (5,2)	24 (13,0)	
	<b>Bazen</b>	113 (48,9)	103 (55,7)	
<b>Kahvaltı yapma durumu</b>	<b>Evet</b>	215 (93,1)	175 (94,6)	<b>0,524</b>
	<b>Hayır</b>	16 (6,9)	10 (5,4)	
<b>Kahvaltı yapılan yer</b>	<b>Evde</b>	157 (68,0)	146 (78,9)	<b>0,013*</b>
	<b>Okulda-</b>	74 (32,0)	39 (21,1)	
	<b>Dışarıda</b>			
<b>Kahvaltıyı yararlı bulma durumu</b>	<b>Evet</b>	173 (74,9)	140 (75,7)	<b>0,366</b>
	<b>Hayır</b>	10 (4,3)	13 (7,0)	
	<b>Kısmen</b>	48 (20,8)	32 (17,3)	

<sup>b</sup>Pearson Chi-Square Test      \*p<0,05      \*\*p<0,01

Cinsiyete göre adölesanların kendi beslenme bilgilerinin değerlendirilmesi istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur (p=0,003; p<0,01). Kızlarda beslenme bilgisini orta düzey olarak değerlendirme oranı erkeklerden yüksektir. Erkeklerde beslenme bilgisini iyi olarak değerlendirme oranı kızlardan yüksektir.

Cinsiyete göre öğün atlama durumu istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,001; p<0,01). Kızlarda öğün atlama oranı erkeklerden yüksektir. Erkeklerde öğün atlamama oranı kızlardan yüksektir.

Cinsiyete göre kahvaltı yapma durumu ve kahvaltıyı yararlı bulma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır (p>0,05).

Kahvaltı yapılan yer ile cinsiyete arasındaki durum istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermektedir (p=0,013; p<0,05). Erkek olgularda evde kahvaltı yapma oranı kızlardan yüksektir.

**Tablo 11: BKİ Ölçümleri ile Beslenme Bilgisi ve Alışkanlıklarının İlişkisi (N=416)**

		n	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )		p
			Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	
<b>Beslenme bilgisi</b> <b>değerlendirme</b> <b>durumu</b>	<b>Kötü</b>	43	15,6-30,5 (19,6)	20,60±3,13	<sup>c</sup> <b>0,336</b>
	<b>Orta</b>	272	13,9-32 (20,3)	20,90±3,10	
	<b>İyi</b>	101	14-32,7 (20,8)	21,34±3,08	
<b>Öğün atlama</b> <b>durumu</b>	<b>Evet</b>	164	14-30,5 (20,2)	20,80±3,01	<sup>c</sup> <b>0,593</b>
	<b>Hayır</b>	36	16-32 (20,5)	21,26±3,81	
	<b>Bazen</b>	216	13,9-32,7 (20,6)	21,07±3,04	
<b>Kahvaltı yapma</b> <b>durumu</b>	<b>Evet</b>	<b>390</b>	13,9-32,7 (20,3)	20,96±3,10	<sup>d</sup> <b>0,600</b>
	<b>Hayır</b>	<b>26</b>	16,8-28,6 (20,5)	21,29±3,10	
<b>Kahvaltı yapılan yer</b>	<b>Evde</b>	<b>303</b>	13,9-32,7 (20,3)	20,89±3,17	<sup>d</sup> <b>0,316</b>
	<b>Okulda-</b>	<b>113</b>	16,6-28,2 (20,7)	21,23±2,89	
	<b>Dışarıda</b>				
<b>Kahvaltıyı yararlı</b> <b>bulma durumu</b>	<b>Evet</b>	313	13,9-32,7 (20,3)	21,10±3,20	<sup>c</sup> <b>0,306</b>
	<b>Hayır</b>	23	15,6-27,5 (19,5)	20,26±3,10	
	<b>Kısmen</b>	80	14,9-28,7 (20,8)	20,70±2,65	

<sup>c</sup>Oneway ANOVA Test

<sup>d</sup>Student t Test

Adölesanların kendi beslenme bilgilerini değerlendirme, öğün atlama, kahvaltı yapma, kahvaltıyı yararlı bulma durumları ve kahvaltı yaptıkları yer ile BKİ ölçümleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

**Tablo 12: Aile Tipine Göre Beslenme Bilgisi ve Alışkanlıklarının Değerlendirmesi (N=416)**

		Aile tipi			<sup>a</sup> p
		Çekirdek aile (n=366)	Geniş aile (n=37)	Parçalanmış aile (n=13)	
		n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Beslenme bilgisi değerlendirme durumu</b>	<b>Kötü</b>	38 (10,4)	3 (8,1)	2 (15,4)	<b>0,924</b>
	<b>Orta</b>	238 (65,0)	26 (70,3)	8 (61,5)	
	<b>İyi</b>	90 (24,6)	8 (21,6)	3 (23,1)	
<b>Öğün atlama durumu</b>	<b>Evet</b>	145 (39,6)	14 (37,8)	5 (38,5)	<b>0,725</b>
	<b>Hayır</b>	34 (9,3)	1 (2,7)	1 (7,7)	
	<b>Bazen</b>	187 (51,1)	22 (59,5)	7 (53,8)	
<b>Kahvaltı yapma durumu</b>	<b>Evet</b>	342 (93,4)	35 (94,6)	13 (100)	<b>1,000</b>
	<b>Hayır</b>	24 (6,6)	2 (5,4)	0 (0)	
<b>Kahvaltı yapılan yer</b>	<b>Evde</b>	264 (72,1)	28 (75,7)	11 (84,6)	<b>0,636</b>
	<b>Okulda-</b>	102 (27,9)	9 (24,3)	2 (15,4)	
	<b>Dışarıda</b>				
<b>Kahvaltıyı yararlı bulma durumu</b>	<b>Evet</b>	273 (74,6)	31 (83,8)	9 (69,2)	<b>0,490</b>
	<b>Hayır</b>	22 (6,0)	0 (0)	1 (7,7)	
	<b>Kısmen</b>	71 (19,4)	6 (16,2)	3 (23,1)	

<sup>a</sup>Fisher Freeman Halton Test

Adölesanların kendi beslenme bilgilerini değerlendirme, öğün atlama, kahvaltı yapma, kahvaltıyı yararlı bulma durumları ve kahvaltı yaptıkları yer ile aile tipi arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

**Tablo 13: Anne Çalışma Durumuna Göre Beslenme Bilgisi ve Alışkanlıklarının Değerlendirmesi (N=416)**

		Anne çalışma durumu		<sup>b</sup> p
		Çalışmıyor (n=296)	Çalışıyor (n=120)	
		n (%)	n (%)	
<b>Beslenme bilgisi</b> <b>değerlendirme durumu</b>	<b>Kötü</b>	30 (10,1)	13 (10,8)	<b>0,880</b>
	<b>Orta</b>	192 (64,9)	80 (66,7)	
	<b>İyi</b>	74 (25)	27 (22,5)	
<b>Öğün atlama durumu</b>	<b>Evet</b>	119 (40,2)	45 (37,5)	<b>0,497</b>
	<b>Hayır</b>	28 (9,5)	8 (6,7)	
	<b>Bazen</b>	149 (50,3)	67 (55,8)	
<b>Kahvaltı yapma durumu</b>	<b>Evet</b>	275 (92,9)	115 (95,8)	<b>0,264</b>
	<b>Hayır</b>	21 (7,1)	5 (4,2)	
<b>Kahvaltı yapılan yer</b>	<b>Evde</b>	217 (73,3)	86 (71,7)	<b>0,733</b>
	<b>Okulda- Dışarıda</b>	79 (26,7)	34 (28,3)	
<b>Kahvaltıyı yararlı bulma</b> <b>durumu</b>	<b>Evet</b>	225 (76)	88 (73,3)	<b>0,725</b>
	<b>Hayır</b>	17 (5,7)	6 (5)	
	<b>Kısmen</b>	54 (18,2)	26 (21,7)	

<sup>b</sup>Pearson Chi-Square Test

Adölesanların kendi beslenme bilgilerini değerlendirme, öğün atlama, kahvaltı yapma, kahvaltıyı yararlı bulma durumları ve kahvaltı yaptıkları yer ile anne çalışma durumu arasında istatistiksel şekilde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 14: Kahvaltı Yapma Sıklığına Göre Kahvaltı Yapmama Durumunun Değerlendirmesi (N=416)**

		Kahvaltı yapma sıklığı					p
		Her gün (n=199)	Gün aşırı (n=53)	Hafta sonu (n=97)	Seyrek (n=41)	Yapmıyor (n=26)	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
•Kahvaltı yapmama nedenleri	Okula geç kalmamak	36 (18,1)	20 (37,7)	50 (51,5)	20 (48,8)	12 (46,2)	<sup>b</sup> 0,001**
	Zayıflamak	2 (1,0)	2 (3,8)	1 (1,0)	3 (7,3)	0 (0)	<sup>a</sup> 0,074
	İştah olmaması	41 (20,6)	20 (37,7)	42 (43,3)	19 (46,3)	13 (50,0)	<sup>b</sup> 0,001**
	Evde hazırlanmıyor	5 (2,5)	3 (5,7)	11 (11,3)	1 (2,4)	1 (3,8)	<sup>a</sup> 0,029*

•Birden çok seçim yapılmıştır.

<sup>a</sup>Fisher Freeman Halton Test

\*\*p<0,01

<sup>b</sup>Pearson Chi-Square Test

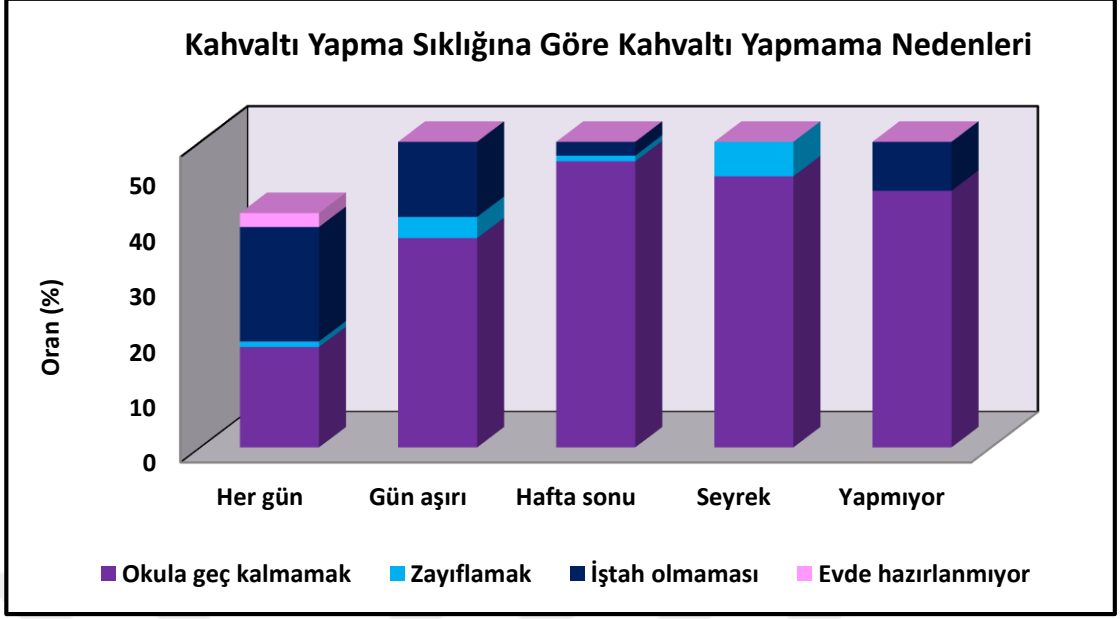
\*p<0,05

Kahvaltı yapma sıklığına göre okula geç kalmamak için kahvaltı yapmama durumu istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir (p=0,001; p<0,01). Her gün kahvaltı yapan grupta okula geç kalmamak için kahvaltı yapmama oranı; gün aşırı, hafta sonu, seyrek kahvaltı yapan ve hiç kahvaltı yapmayan gruplardan düşüktür.

Kahvaltı yapma sıklığına göre zayıflamak için kahvaltı yapmama durumu arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemektedir (p>0,05).

Kahvaltı yapma sıklığına göre iştah olmaması nedeniyle kahvaltı yapmama durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,001; p<0,01). Her gün kahvaltı yapan grupta iştah olmamasından dolayı kahvaltı yapmama oranı; gün aşırı, hafta sonu, seyrek kahvaltı yapan ve hiç kahvaltı yapmayan gruplardan düşüktür.

Kahvaltı yapma sıklığına göre evde hazırlanmadığı için kahvaltı yapmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark görülmektedir (p=0,029; p<0,05). Hafta sonu kahvaltı yapan grupta evde hazırlanmadığı için kahvaltı yapmama oranı, her gün ve seyrek kahvaltı yapan gruplardan yüksektir.



*Şekil 10: Kahvaltı yapma sıklığına göre kahvaltı yapmama nedenlerinin dağılımı*



**Tablo 15: Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımları (N=416)**

	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
<b>Yeterli ve dengeli beslenme</b>				
1. Her gün en az 2 bardak sağlıklı süt içilmelidir.	<b>303</b>	<b>72,8</b>	113	27,2
2. Kahvaltıda süt ve yumurta tüketilmelidir.	<b>376</b>	<b>90,4</b>	40	9,6
3. Düzenli kahvaltı yapmak okul başarısını artırır.	<b>334</b>	<b>80,3</b>	82	19,7
4. Tahıl grubu dengeli beslenme için tüketilmeli.	<b>368</b>	<b>88,5</b>	48	11,5
5. Günde 8-10 bardak su içilmelidir.	<b>388</b>	<b>93,3</b>	28	6,7
6. Günde en az 5 porsiyon meyve-sebze tüketilmeli.	<b>113</b>	<b>27,2</b>	303	72,8
7. Haftada en fazla 3 gün kırmızı et tüketmeliyiz.	<b>300</b>	<b>72,1</b>	116	27,9
8. Günde 6 gramdan fazla tuz tüketilmemesini önerirler.	<b>331</b>	<b>79,6</b>	85	20,4
9. Fast-food dengeli beslenmeye uygun değildir.	<b>370</b>	<b>88,9</b>	46	11,1
<b>Besin öğeleri alt alanı</b>				
10. Besin öğeleri altı gruba ayrılır.	250	60,1	<b>166</b>	<b>39,9</b>
11. Karbonhidratlar yağlardan fazla enerji içerir.	176	42,3	<b>240</b>	<b>57,7</b>
12. Makarna ve pilav nişastalı gıdalardır.	<b>393</b>	<b>94,5</b>	23	5,5
13. Patates kızartmasının besin değeri azdır.	<b>257</b>	<b>61,8</b>	159	38,2
14. Gazlı içecekler yüksek miktarda şeker içerirler.	<b>392</b>	<b>94,2</b>	24	5,8
15. Ekmek yüksek miktarda yağ içerir.	80	19,2	<b>336</b>	<b>80,8</b>
16. Bisküvi aldığımız yağ miktarını kısıtlar.	126	30,3	<b>290</b>	<b>69,7</b>
17. Et ve tavuk omega-3 yağ asiti kaynaklarıdır.	<b>294</b>	<b>70,7</b>	122	29,3
18. Hayvansal yağlar diyetle kolesterol alımını artırır.	<b>303</b>	<b>72,8</b>	113	27,2
19. "Light" yazısı protein içeriği düşük demektir.	102	24,5	<b>314</b>	<b>75,5</b>
20. Tavuk ve yumurta protein içeriği yüksek gıdalardır.	<b>400</b>	<b>96,2</b>	16	3,8
21. Nohut, kuru fasulyenin protein içeriği yüksektir.	<b>287</b>	<b>69,0</b>	129	31,0
22. Kuruyemiş kırmızı etin yerine geçebilir.	86	20,7	<b>330</b>	<b>79,3</b>
23. Tam tahıllı ekmek daha fazla vitamin-mineral içerir.	308	74,0	<b>108</b>	<b>26,0</b>
24. A ve C vitaminleri antioksidan vitamindir.	<b>357</b>	<b>85,8</b>	59	14,2
25. Biber ve maydanoz C vitamini açısından zengindir.	<b>287</b>	<b>69,0</b>	129	31,0
26. Kalsiyum- D vitamini güçlü kemikler için önemlidir.	<b>407</b>	<b>97,8</b>	9	2,2
27. Peynir kalsiyum açısından zengindir.	<b>388</b>	<b>93,3</b>	28	6,7
28. Beyaz ekmek tam tahıllı ekmeğe göre daha çok lif içerir.	117	28,1	<b>299</b>	<b>71,9</b>
29. Kayısı yüksek lif içeren bir meyve değildir.	95	22,8	<b>321</b>	<b>77,2</b>
30. Kırmızı et tuz içeriği yüksek bir gıdadır.	161	38,7	<b>255</b>	<b>61,3</b>
<b>Beslenme ilişkili sağlık problemleri alt alanı</b>				
31. Kilolu bireyler daha fazla sağlık problemi yaşarlar.	<b>382</b>	<b>91,8</b>	34	8,2
32. Balık, kalp hastalıklarına yakalanma riskini artırır.	59	14,2	<b>357</b>	<b>85,8</b>
33. Obezite, aşırı yağ tüketimi ile ilişkilidir.	<b>347</b>	<b>83,4</b>	69	16,6
34. Posalı gıda kansere yakalanma riskini azaltır.	<b>291</b>	<b>70,0</b>	125	30,0
35. Az tuzun kalp hastalıklarını önlemede etkisi yoktur.	77	18,5	<b>339</b>	<b>81,5</b>
36. Diyabet, Hipertansiyon, Kardiyovasküler hastalık şeker ve tuz tüketimine bağlıdır.	<b>375</b>	<b>90,1</b>	41	9,9
37. Az meyve tüketimi enfeksiyonu kolaylaştırır.	<b>350</b>	<b>84,1</b>	66	15,9
38. Dengeli beslenmeyenlerde kansızlık olabilir.	<b>392</b>	<b>94,2</b>	24	5,8

*Doğru cevapların dağılımları tabloda kalın ve italik olarak belirtilmiştir.*

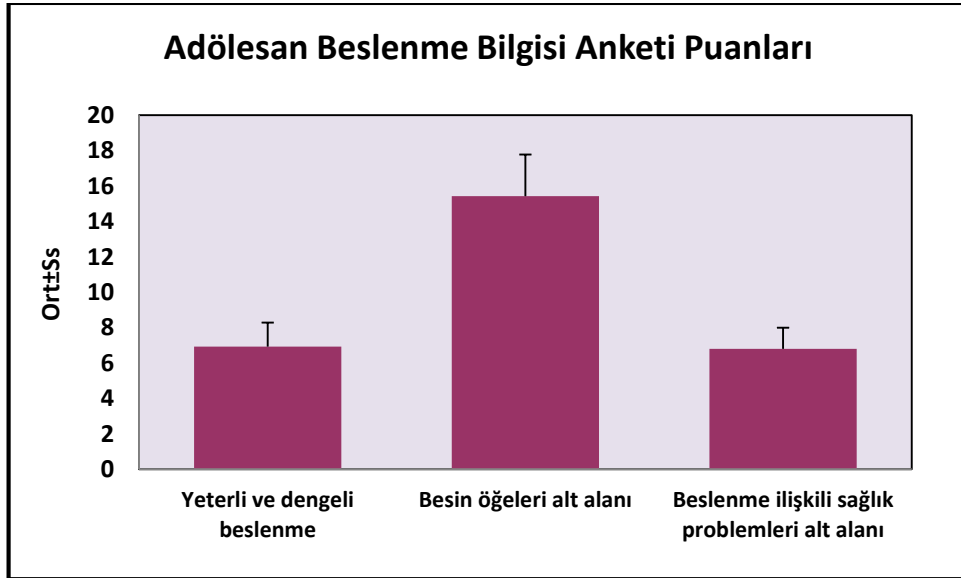
Olguların Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi sorularına vermiş olduğu yanıtlara ilişkin ayrıntılı dağılım Tablo 15’de verilmiştir.

**Tablo 16: Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi Puanlarının Dağılımları**

	Soru sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	KR-20
<b>Yeterli ve dengeli beslenme</b>	9	2-9 (7)	6,93±1,35	0,644
<b>Besin öğeleri alt alanı</b>	21	7-20 (16)	15,44±2,34	0,669
<b>Beslenme ilişkili sağlık problemleri alt alanı</b>	8	2-8 (7)	6,81±1,19	0,621
<b>Toplam</b>	38	17-36 (30)	29,18±3,31	0,696

*KR-20: Kuder Richardson değeri*

Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi “Yeterli ve dengeli beslenme” puanları 2 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalama  $6,93 \pm 1,35$ ; “Besin öğeleri alt alanı” puanları 7 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama  $15,44 \pm 2,34$ ; “Beslenme ilişkili sağlık problemleri alt alanı” puanları 2 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalama  $6,81 \pm 1,19$  saptanmıştır. Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi toplam puanları 17 ile 36 arasında değişmekte olup, ortalama  $29,18 \pm 3,31$ ’dir.



**Şekil 11: Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi puanlarının dağılımı**

**Tablo 17: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi Toplam Puanlarının Değerlendirmesi**

		n	Beslenme bilgisi puanı		p
			Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	
Yaş (yıl)	13-14 yaş	17	23-34 (29)	29,12±3,22	<sup>c</sup> 0,492
	15-16 yaş	280	19-35 (29,5)	29,06±3,22	
	17-18 yaş	119	17-36 (30)	29,49±3,51	
Cinsiyet	Kız	231	17-36 (30)	29,53±3,12	<sup>d</sup> 0,017*
	Erkek	185	19-36 (29)	28,75±3,49	
Sınıf	9.sınıf	142	19-35 (30)	29,06±3,29	<sup>c</sup> 0,015*
	10.sınıf	127	19-35 (29)	28,64±3,13	
	11.sınıf	147	17-36 (30)	29,78±3,40	
Aile tipi	Çekirdek aile	366	17-36 (30)	29,20±3,31	<sup>c</sup> 0,770
	Geniş aile	37	24-35 (30)	29,27±3,11	
	Parçalanmış aile	13	21-34 (29)	28,54±3,91	
Kardeş sayısı	0-2 kardeş	314	17-36 (30)	29,20±3,31	<sup>c</sup> 0,974
	3-5 kardeş	93	20-36 (30)	29,14±3,26	
	≥6 kardeş	9	20-34 (30)	29,00±4,09	
Anne eğitim durumu	İlkokul ve altı	123	19-36 (29)	28,90±3,26	<sup>c</sup> 0,595
	Ortaokul	80	19-36 (29,5)	29,53±3,21	
	Lise	136	20-35 (30)	29,28±3,35	
	Yüksekokul/Üniversite	77	17-35 (30)	29,10±3,42	
Anne mesleği	Ev hanımı	296	17-36 (30)	29,17±3,39	<sup>c</sup> 0,961
	Memur	28	24-35 (30)	29,46±2,77	
	İşçi	50	19-35 (30)	29,24±3,43	
	Serbest meslek	42	21-34 (29,5)	29,05±2,95	
Baba eğitim durumu	İlkokul ve altı	77	20-36 (30)	28,95±3,61	<sup>c</sup> 0,768
	Ortaokul	69	21-35 (29)	29,17±3,09	
	Lise	149	19-36 (30)	29,11±3,29	
	Yüksekokul/Üniversite	121	17-35 (30)	29,43±3,27	
Baba mesleği	İşsiz	12	21-35 (29)	28,00±4,26	<sup>c</sup> 0,534
	Memur	60	17-36 (29)	29,15±3,56	
	İşçi	155	19-36 (30)	29,38±3,31	
	Serbest meslek	189	19-35 (30)	29,11±3,16	
Gelir durumu	Kötü	17	21-35 (28)	27,94±3,44	<sup>c</sup> 0,064
	Orta	327	17-36 (30)	29,37±3,25	
	İyi	72	19-35 (29)	28,63±3,46	

<sup>c</sup>Oneway ANOVA Test

<sup>d</sup>Student t Test

\*p<0,05

Yaşa, aile tipine, gelir durumuna, kardeş sayısına, anne eğitim durumu ve mesleğine, baba eğitim durumu ve mesleğine göre beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Cinsiyete göre beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış olup ( $p=0,017$ ;  $p<0,05$ ); kızların puanları erkeklerden yüksek bulunmuştur.

Sınıfa göre beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p=0,015$ ;  $p<0,05$ ). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; 11.sınıf öğrencilerin puanları 10.sınıf olanlardan yüksek bulunmuştur ( $p=0,013$ ;  $p<0,05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 18: BKİ Ölçümleri ile Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi Toplam Puanlarının İlişkisi**

<b>BKİ - Beslenme bilgisi puanı</b>	
<b>n</b>	416
<b>r</b>	0,068
<b>p</b>	<b>0,167</b>

*r:Pearson Korelasyon Analizi*

BKİ ölçümleri ile beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 19: Beslenme Bilgisine Göre Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi Puanlarının Değerlendirmesi**

		Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi				
		n	Yeterli ve dengeli beslenme	Besin öğeleri alt alanı	Sağlık problemleri alt alanı	Toplam
			Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)
Beslenme eğitimi alma durumu	Evet	46	7,00±1,21 (7)	15,57±2,33 (16)	7,09±1,09 (7)	29,65±3,63 (31)
	Hayır	292	6,90±1,38 (7)	15,38±2,39 (16)	6,81±1,15 (7)	29,08±3,31 (30)
	Kısmen	78	7,01±1,31 (7)	15,62±2,18 (16)	6,65±1,37 (7)	29,28±3,11 (30)
		<i><sup>c</sup>p</i>	<b>0,746</b>	<b>0,677</b>	<b>0,148</b>	<b>0,532</b>
Beslenme bilgisi değerlendirme durumu	Kötü	43	6,84±1,72 (7)	14,77±2,40 (15)	6,88±1,10 (7)	28,49±3,47 (29)
	Orta	272	6,94±1,28 (7)	15,50±2,34 (16)	6,79±1,28 (7)	29,23±3,35 (30)
	İyi	101	6,93±1,37 (7)	15,58±2,30 (16)	6,83±0,99 (7)	29,35±3,09 (30)
		<i><sup>c</sup>p</i>	<b>0,925</b>	<b>0,129</b>	<b>0,862</b>	<b>0,333</b>
<b>•Beslenme bilgisi alınan kaynaklar</b>						
Aile büyükleri	Evet	222	7,00±1,28 (7)	15,27±2,43 (16)	6,88±1,21 (7)	29,16±3,30 (29,5)
	Hayır	194	6,85±1,43 (7)	15,63±2,22 (16)	6,73±1,18 (7)	29,21±3,32 (30)
		<i><sup>d</sup>p</i>	<b>0,261</b>	<b>0,118</b>	<b>0,183</b>	<b>0,869</b>
İnternet	Evet	219	7,11±1,28 (7)	15,80±2,11 (16)	6,95±1,16 (7)	29,86±2,99 (30)
	Hayır	197	6,73±1,40 (7)	15,04±2,52 (15)	6,66±1,21 (7)	28,43±3,48 (29)
		<i><sup>d</sup>p</i>	<b>0,004**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,015*</b>	<b>0,001**</b>
Sağlık personeli	Evet	140	6,92±1,25 (7)	15,85±2,05 (16)	6,91±1,06 (7)	29,69±2,73 (30)
	Hayır	276	6,93±1,40 (7)	15,24±2,45 (16)	6,76±1,25 (7)	28,93±3,54 (29)
		<i><sup>d</sup>p</i>	<b>0,924</b>	<b>0,011*</b>	<b>0,180</b>	<b>0,016*</b>
Hemşireden beslenme konusunda bilgi almak isteme durumu	Evet	181	7,18±1,30 (7)	15,33±2,31 (16)	6,92±1,15 (7)	29,43±3,17 (30)
	Hayır	129	6,60±1,45 (7)	15,44±2,43 (16)	6,57±1,35 (7)	28,61±3,65 (29)
	Kararsızım	106	6,91±1,22 (7)	15,64±2,28 (16)	6,91±1,02 (7)	29,46±3,02 (30)
		<i><sup>c</sup>p</i>	<b>0,001**</b>	<b>0,546</b>	<b>0,034*</b>	<b>0,061</b>

<sup>a</sup>En çok seçim yapılan üç seçenek değerlendirilmiştir.

<sup>c</sup>Oneway ANOVA Test

<sup>d</sup>Student t Test

\**p*<0,05

\*\**p*<0,01

***Beslenme eğitimi alma durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Beslenme eğitimi alma durumu ile yeterli ve dengeli beslenme alt alanı, besin öğeleri alt alanı, sağlık problemleri alt alanı ve toplam beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

***Beslenme bilgisi değerlendirme durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Adölesanların kendi beslenme bilgilerinin değerlendirme durumu ile yeterli ve dengeli beslenme alt alanı, besin öğeleri alt alanı, sağlık problemleri alt alanı ve toplam beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık saptanamamıştır ( $p>0,05$ ).

***Aile büyüklerinden beslenme bilgisi alma durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Aile büyüklerinden beslenme bilgisi alma durumu ile yeterli ve dengeli beslenme alt alanı, besin öğeleri alt alanı, sağlık problemleri alt alanı ve toplam beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

***İnternette beslenme bilgisi alma durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

İnternette beslenme bilgisi alan olguların yeterli ve dengeli beslenme ( $p=0,004$ ), besin öğeleri alt alanı ( $p=0,001$ ) ve sağlık problemleri alt alanı ( $p=0,015$ ) puanları, internette bilgi almayanlardan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

İnternette beslenme bilgisi alan olguların toplam beslenme bilgisi puanları internette bilgi almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

***Sağlık personelinden beslenme bilgisi alma durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Sağlık personelinden beslenme bilgisi alma durumuna göre yeterli ve dengeli beslenme, sağlık problemleri alt alanı puanları istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Sağlık personelinden beslenme bilgisi alan olguların besin öğeleri alt alanı puanları sağlık personelinden bilgi almayanlardan yüksektir ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır. ( $p=0,011$ ;  $p<0,05$ ).

Sağlık personelinden beslenme bilgisi alan olguların toplam beslenme bilgisi puanları sağlık personelinden bilgi almayanlardan daha yüksektir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ( $p=0,016$ ;  $p<0,05$ ).

***Hemşireden beslenme konusunda bilgi almak isteme durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Hemşireden beslenme konusunda bilgi almak isteme durumuna göre yeterli ve dengeli beslenme puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; bilgi almak isteyenlerin puanı bilgi almak istemeyenlerden yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Diğer ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşireden beslenme konusunda bilgi almak isteme durumuna göre besin öğeleri alt alanı puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşireden beslenme konusunda bilgi almak isteme durumuna göre sağlık problemleri alt alanı puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,034$ ;  $p<0,05$ ). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; bilgi almak isteyenlerin puanı bilgi almak istemeyenlerden yüksek bulunmuştur ( $p=0,040$ ;  $p<0,05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşireden beslenme konusunda bilgi almak isteme durumu ile toplam beslenme bilgisi puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı saptanmazken ( $p=0,061$ ;  $p>0,05$ ); bilgi almak istemeyenlerin puanlarının düşük olması dikkat çekicidir.





**Tablo 20: Beslenme Alışkanlıklarına Göre Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi Puanlarının Değerlendirmesi**

		Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi				
			Yeterli ve dengeli beslenme	Besin öğeleri alt alanı	Sağlık problemleri alt alanı	Toplam
		n	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)
Öğün atlama durumu	Evet	164	6,73±1,52 (7)	15,34±2,32 (16)	6,79±1,15 (7)	28,85±3,27 (29)
	Hayır	36	7,42±1,05 (7)	15,19±2,28 (15,5)	6,61±1,20 (7)	29,22±3,33 (30)
	Bazen	216	7,00±1,23 (7)	15,56±2,37 (16)	6,86±1,22 (7)	29,43±3,32 (30)
		<sup>c</sup> p	<b>0,006**</b>	<b>0,513</b>	<b>0,507</b>	<b>0,247</b>
Kahvaltı yapma durumu	Evet	390	6,94±1,34 (7)	15,47±2,32 (16)	6,83±1,20 (7)	29,24±3,30 (30)
	Hayır	26	6,77±1,45 (7)	15,04±2,65 (15)	6,58±1,10 (7)	28,38±3,35 (28,5)
		<sup>d</sup> p	<b>0,531</b>	<b>0,364</b>	<b>0,304</b>	<b>0,204</b>
<b>•Kahvaltı yapmama nedenleri</b>						
Okula geç kalmamak	Evet	138	6,96±1,29 (7)	15,31±2,45 (16)	6,85±1,21 (7)	29,12±3,19 (30)
	Hayır	278	6,92±1,38 (7)	15,51±2,28 (16)	6,79±1,18 (7)	29,22±3,37 (30)
		<sup>d</sup> p	<b>0,781</b>	<b>0,423</b>	<b>0,650</b>	<b>0,772</b>
İştah olmaması	Evet	135	6,84±1,44 (7)	15,87±1,88 (16)	6,88±1,13 (7)	29,59±3,10 (30)
	Hayır	281	6,97±1,31 (7)	15,24±2,51 (16)	6,78±1,22 (7)	28,99±3,39 (30)
		<sup>d</sup> p	<b>0,386</b>	<b>0,005**</b>	<b>0,398</b>	<b>0,080</b>
Evde hazırlanmıyor	Evet	21	6,90±1,18 (7)	15,57±3,01 (17)	6,86±1,49 (7)	29,33±4,00 (30)
	Hayır	395	6,93±1,36 (7)	15,44±2,30 (16)	6,81±1,18 (7)	29,17±3,27 (30)
		<sup>d</sup> p	<b>0,929</b>	<b>0,796</b>	<b>0,853</b>	<b>0,831</b>
Kahvaltı yapılan yer	Evde	303	7,04±1,31 (7)	15,43±2,33 (16)	6,83±1,21 (7)	29,29±3,27 (30)
	Okulda-Dışarıda	113	6,65±1,42 (7)	15,47±2,39 (16)	6,77±1,15 (7)	28,88±3,40 (29)
		<sup>d</sup> p	<b>0,009**</b>	<b>0,887</b>	<b>0,675</b>	<b>0,262</b>

<sup>a</sup>En çok seçim yapılan üç seçenek değerlendirilmiştir.

<sup>c</sup>Oneway ANOVA Test

<sup>d</sup>Student t Test

\*\*p<0,01

**Tablo 20 devamı: Beslenme Alışkanlıklarına Göre Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi Puanlarının Değerlendirmesi**

		Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi				
		n	Yeterli ve dengeli beslenme	Besin öğeleri alt alanı	Sağlık problemleri alt alanı	Toplam
			Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)
<b>Kahvaltı yapılmadığında hissedilen durum</b>	<b>Kötü</b>	148	7,18±1,16 (7)	15,41±2,50 (16)	6,86±1,15 (7)	29,44±3,41 (30)
	<b>İyi</b>	24	6,88±1,39 (7)	15,67±2,53 (16)	6,83±0,87 (7)	29,38±3,00 (30)
	<b>Fark etmiyor</b>	244	6,79±1,43 (7)	15,44±2,23 (16)	6,78±1,24 (7)	29,01±3,27 (30)
		<i><sup>c</sup>p</i>	<b>0,018*</b>	<b>0,880</b>	<b>0,812</b>	<b>0,439</b>
<b>Kahvaltı yapmamanın okul başarısını etkileme durumu</b>	<b>Evet</b>	185	7,18±1,23 (7)	15,49±2,35 (16)	7,02±1,02 (7)	29,69±3,11 (30)
	<b>Hayır</b>	231	6,73±1,41 (7)	15,41±2,34 (16)	6,65±1,29 (7)	28,78±3,41 (30)
		<i><sup>d</sup>p</i>	<b>0,001**</b>	<b>0,731</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,005**</b>
<b>•Kahvaltı yapılmadığında görülen belirtiler</b>						
<b>Açlık hissi</b>	<b>Evet</b>	342	6,97±1,29 (7)	15,51±2,31 (16)	6,84±1,14 (7)	29,33±3,19 (30)
	<b>Hayır</b>	74	6,73±1,60 (7)	15,12±2,47 (15,5)	6,66±1,41 (7)	28,51±3,74 (29,5)
		<i><sup>d</sup>p</i>	<b>0,222</b>	<b>0,194</b>	<b>0,306</b>	<b>0,055</b>
<b>Halsizlik</b>	<b>Evet</b>	185	7,10±1,36 (7)	15,46±2,38 (16)	7,01±1,03 (7)	29,57±3,07 (30)
	<b>Hayır</b>	231	6,79±1,33 (7)	15,42±2,32 (16)	6,65±1,29 (7)	28,87±3,46 (30)
		<i><sup>d</sup>p</i>	<b>0,020*</b>	<b>0,861</b>	<b>0,002**</b>	<b>0,031*</b>
<b>Yorgunluk</b>	<b>Evet</b>	171	7,19±1,24 (7)	15,47±2,41 (16)	6,89±1,10 (7)	29,55±3,22 (30)
	<b>Hayır</b>	245	6,75±1,40 (7)	15,42±2,30 (16)	6,75±1,25 (7)	28,93±3,35 (29)
		<i><sup>d</sup>p</i>	<b>0,001**</b>	<b>0,853</b>	<b>0,227</b>	<b>0,058</b>
<b>Kahvaltayı yararlı bulma durumu</b>	<b>Evet</b>	313	7,11±1,28 (7)	15,46±2,30 (16)	6,88±1,10 (7)	29,45±3,13 (30)
	<b>Hayır</b>	23	6,00±1,86 (6)	15,13±3,11 (16)	6,17±1,75 (7)	27,30±4,62 (29)
	<b>Kısmen</b>	80	6,50±1,26 (7)	15,46±2,27 (16)	6,71±1,29 (7)	28,68±3,36 (29)
		<i><sup>c</sup>p</i>	<b>0,001**</b>	<b>0,884</b>	<b>0,116</b>	<b>0,029*</b>

<sup>a</sup>En çok seçim yapılan üç seçenek değerlendirilmiştir.

<sup>c</sup>Oneway ANOVA Test

<sup>d</sup>Student t Test

\**p*<0,05

\*\**p*<0,01

### ***Öğün atlama durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Öğün atlama durumuna göre yeterli ve dengeli beslenme puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,006$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; öğün atlayanların puanı öğün atlamayanlardan düşük bulunmuştur ( $p=0,005$ ;  $p<0,01$ ). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Öğün atlama durumu ile besin öğeleri alt alanı ve sağlık problemleri alt alanı puanları istatistiksel anlamda farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

Öğün atlama durumu ile toplam beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel anlamda bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

### ***Kahvaltı yapma durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Kahvaltı yapma durumu ile yeterli ve dengeli beslenme alt alanı, besin öğeleri alt alanı, sağlık problemleri alt alanı ve toplam beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

### ***Okula geç kalmamak için kahvaltı yapmama durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Okula geç kalmamak için kahvaltı yapmama durumu ile yeterli ve dengeli beslenme alt alanı, besin öğeleri alt alanı, sağlık problemleri alt alanı ve toplam beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

### ***İştah olmaması nedeniyle kahvaltı yapmama durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

İştah olmaması nedeniyle kahvaltı yapmama durumuna göre yeterli ve dengeli beslenme, sağlık problemleri alt alanı puanları istatistiksel anlamda farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

İştahı olmadığı için kahvaltı yapmayan olguların besin öğeleri alt alanı puanları farklı nedenle kahvaltı yapmayanlardan istatistiksel anlamda yüksek saptanmıştır ( $p=0,005$ ;  $p<0,01$ ).

İştah olmaması nedeniyle kahvaltı yapmama durumuna göre toplam beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

***Evde hazırlanmaması nedeniyle kahvaltı yapmama durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Evde hazırlanmaması nedeniyle kahvaltı yapmama durumu ile yeterli ve dengeli beslenme alt alanı, besin öğeleri alt alanı, sağlık problemleri alt alanı ve toplam beslenme bilgisi puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

***Kahvaltı yapılan yere ilişkin değerlendirmeler:***

Evde kahvaltı yapan olguların yeterli ve dengeli beslenme puanları okulda-dışarıda kahvaltı yapanlardan istatistiksel anlamda yüksek saptanmıştır ( $p=0,009$ ;  $p<0,01$ ).

Kahvaltı yapılan yere ile besin öğeleri alt alanı, sağlık problemleri alt alanı ve toplam beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel anlamda farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

***Kahvaltı yapılmadığında hissedilen durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Kahvaltı yapılmadığında hissedilen durumuna göre yeterli ve dengeli beslenme puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,018$ ;  $p<0,05$ ). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; kötü hissedilenlerin puanı fark etmez diyenlerden yüksek bulunmuştur ( $p=0,010$ ;  $p<0,05$ ). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Kahvaltı yapılmadığında hissedilen durum ile besin öğeleri alt alanı, sağlık problemleri alt alanı ve beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

***Kahvaltı yapmamanın okul başarısını etkileme durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Kahvaltı yapılmadığında okul başarısı etkilenen olguların yeterli ve dengeli beslenme ( $p=0,001$ ) ve sağlık problemleri alt alanı ( $p=0,001$ ) puanları, başarısı etkilenmeyenlerden istatistiksel anlamda yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Kahvaltı yapmamanın okul başarısını etkileme durumu ile besin öğeleri alt alanı puanları arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Kahvaltı yapılmadığında okul başarısı etkilenen olguların toplam beslenme bilgisi puanları başarısı etkilenmeyenlerden istatistiksel anlamda yüksek saptanmıştır ( $p=0,005$ ;  $p<0,01$ ).

***Kahvaltı yapılmadığında açlık hissi yaşama durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Kahvaltı yapılmadığında açlık hissi yaşama durumu ile yeterli ve dengeli beslenme alt alanı, besin öğeleri alt alanı ve sağlık problemleri alt alanı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

Kahvaltı yapılmadığında açlık hissi yaşama durumu ile toplam beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmazken ( $p=0,055$ ;  $p>0,05$ ); açlık hissi yaşayanların puanlarının açlık hissi yaşamayanlardan yüksek olması dikkat çekicidir.

***Kahvaltı yapılmadığında halsizlik yaşama durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Kahvaltı yapılmadığında halsizlik yaşayan olguların yeterli ve dengeli beslenme ( $p=0,020$ ) ve sağlık problemleri alt alanı ( $p=0,002$ ) puanları, halsizlik yaşamayanlardan istatistiksel anlamda yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Kahvaltı yapılmadığında halsizlik yaşama durumuna göre besin öğeleri alt alanı puanları arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kahvaltı yapılmadığında halsizlik yaşayan olguların toplam beslenme bilgisi puanları halsizlik yaşamayanlardan istatistiksel açıdan yüksek düzeyde bulunmuştur ( $p=0,031$ ;  $p<0,05$ ).

***Kahvaltı yapılmadığında yorgunluk yaşama durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Kahvaltı yapılmadığında yorgunluk yaşayan olguların yeterli ve dengeli beslenme puanları yorgunluk yaşamayanlardan istatistiksel anlamda daha yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Kahvaltı yapılmadığında yorgunluk yaşama durumuna göre besin öğeleri alt alanı ve sağlık problemleri alt alanı puanları istatistiksel açıdan farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Kahvaltı yapılmadığında yorgunluk yaşama durumuna göre toplam beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık saptanmazken ( $p=0,058$ ;  $p>0,05$ ); yorgunluk yaşayanların puanlarının yorgunluk yaşamayanlardan yüksek olması dikkat çekicidir.

***Kahvaltıyı yararlı bulma durumuna ilişkin değerlendirmeler:***

Kahvaltıyı yararlı bulma durumuna göre yeterli ve dengeli beslenme puanları arasında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar

sonucu; kahvaltıyı yararlı bulan olguların puanı, yararlı bulmayan ( $p=0,001$ ) ve kısmen yararlı bulan ( $p=0,001$ ) olgulardan yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Kahvaltıyı yararlı bulma durumuna göre besin öğeleri alt alanı ve sağlık problemleri alt alanı puanları anlamlı istatistiksel bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Kahvaltıyı yararlı bulma durumu ile toplam beslenme bilgisi puanları arasında anlamlı istatistiksel bir fark saptanmıştır ( $p=0,029$ ;  $p<0,05$ ). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; kahvaltıyı yararlı bulan olguların puanı yararlı bulmayanlardan yüksek bulunmuştur ( $p=0,008$ ;  $p<0,01$ ). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

## 7.TARTIŞMA

Bu çalışma İstanbul ili Avcılar ilçesinde bir devlet Anadolu Lisesinde eğitim ve öğretim gören adölesanların beslenme bilgileri ve kahvaltı alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamıza %55,5'i kız, %44,5'i erkek olmak üzere toplam 416 adölesan olgu katılmıştır. Tablo 5'de yer alan persentil sınıflamasına göre; çalışmamızdaki olguların %13'ü zayıf, %75,7'si normal, %9,3'ü hafif tartılı, %2'si obez saptanmıştır. TOÇBİ proje araştırması 26 ilde 140 ilköğretim okulunda eğitim ve öğretim gören 6-10 yaş arası 12301 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucu vücut ağırlığı z skoruna göre öğrencilerin %2,4'ü çok zayıf, %14,7'si zayıf, %66,1'i normal, %11,9'u hafif tartılı, %4,9'u obez olarak bildirilmiştir (SB, 2011). Adölesanlar ile yapılan başka bir çalışmada da olguların %25,0'i zayıf, %65,4'ü normal, %7,0'si hafif tartılı, %2,6'sı obez saptanmıştır (Başak, 2018).

Çalışmamızda olgulara daha önce beslenme eğitimi alma durumu sorulduğunda; %11,1'i evet, %70,2'si hayır ve %18,7'si kısmen yanıtını vermiştir (Tablo 7). Lise 2.sınıfa giden 15-17 yaş arası öğrenciler ile yapılan bir çalışmada ise %8,9'unun beslenme eğitimi aldığı saptanmıştır (Sarıdağ Devran, 2018). Lisede öğrenim gören 264 öğrenci ile yapılan bir çalışmada; %9,8'i beslenme eğitimi aldığını, %72'si almadığını, %15,9'u kısmen aldığını ifade etmiştir (Kaya, 2015). Bu sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermektedir. Bu sonucun aksine lise öğrencilerinde beden kütle indeksi durumunun sosyo-demografik ve beslenme özellikleri ile ilişkisi adlı çalışmada 530 öğrencinin %79,4'ünün beslenme konusunda eğitim aldığı, %20,6'sının eğitim almadığı saptanmıştır (Erdoğan, 2016).

Araştırmamızda adölesan bireylerin kendi beslenme bilgilerini değerlendirmeleri istendiğinde; olguların %10,3'ü kötü düzeyde, %65,4'ü orta düzeyde ve %24,3'ü iyi düzeyde beslenme bilgileri olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 7). Üniversiteye devam eden 233 öğrenci ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %9'u beslenme bilgilerini çok iyi, %70,4'ü orta, %18,5'i az, %2,1'i kötü olarak ifade etmişlerdir (Pepe ve ark., 2010). Bu sonuç çalışmamızla yakınlık



göstermektedir. İran'da 386 kız adölesan birey ile yapılan çalışmada da olguların kendi beslenme bilgilerini değerlendirmeleri istenmiş; %6,8'i oldukça düşük, %11,7'si düşük, %41,2'si orta, %22,8'i yüksek, %17,6'sı ise oldukça yüksek olduğunu ifade etmiştir (Alavi ve ark., 2013).

Çalışmamızda bireylerin beslenme bilgilerini aldıkları kaynakların başında; %53,4 ile aile büyükleri, %52,6 ile internet, %33,7 ile sağlık personeli olduğu görülmüştür (Tablo 7). Gana'nın Accra şehrinde 192 genç ile yapılan çalışmada katılımcıların beslenme bilgi kaynaklarının başında %92,7 ile online kaynaklar, %58,3 ile geleneksel medya (TV, radyo, gazete makalesi), %29,7 ile aile ve arkadaşlar, %4,7 ile sağlık bakım profesyonelleri gelmektedir (Quaidoo ve ark., 2018). Çalışmamızdaki sonuçların aksine bu çalışmada aileden beslenme bilgisi alma oranı daha düşük bulunmuştur ve bunun nedeni ülkedeki eğitim olanaklarının daha kısıtlı olması olabilir. Aynı zamanda sağlık profesyonellerini beslenme bilgisi kaynağı olarak kullanma oranı en düşüktür, bunun nedeni ülkede sağlık bakımının yeterince gelişmemesi olarak yorumlanabilir.

Ergenlik, hem bedensel hem de zihinsel gelişim için çalkantılı bir değişim dönemidir. Yemek yeme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite gibi sağlık, yaşam tarzı davranışlarının yanı sıra kimliği, değer sistemlerini, tutumları ve inançları şekillendiren önemli bir aşamadır. Öğünlerin atlanması veya düzensiz tüketilmesi bu dönemde en yaygın olanlarıdır (Duma-Kocan ve ark., 2017). Çalışmamızdaki olguların %39,4'ü öğün atlarken, %8,7'si öğün atlamamakta, %51,9'u bazen öğün atlamaktadır (Tablo 8). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da öğrencilerin %34,3'ünün öğün atladığı, %24,5'inin öğün atlamadığı, %41,2'sinin bazen öğün atladığı saptanmıştır (Yalçın ve ark., 2018).

Çalışmamızda atlanılan öğünler incelendiğinde; olguların %44,2'sinin sabah, %50,0'sinin öğle ve %5,8'inin akşam öğününü atlandığı görülmüştür. Öğün atlayanların %26,1'i her gün, %19,7'si gün aşırı, %12,9'u hafta sonları, %41,3'ü seyrek olarak öğün atladığını belirtmiştir (Tablo 8). Üniversiteye devam eden 245 öğrenci ile yapılan çalışmada öğrencilerin %52,2'sinin sabah, %34,7'sinin öğle, %3,3'ünün akşam öğününü atladığını saptamıştır (Kartal, 2019).

Güne daha verimli başlamak amacıyla sabah yapılacak kahvaltı büyük önem taşımaktadır. Akşam öğünü ile sabah kahvaltısı arasında geçen yaklaşık 12 saatlik bir süre vardır ve bu zaman dilimi içinde beden, gıdaların tümünü kullanmaktadır. Sabah kahvaltısı günün en önemli öğünü olmasına rağmen en çok ihmal edilenidir (Batmaz, 2018). Çalışmamızda olguların %93,8'i kahvaltı yaparken, %6,2'si kahvaltı yapmamaktadır (Tablo 8). Brezilya'da 7276 adölesan ile yapılan çalışmada %81,1'inin düzenli kahvaltı yaptığı, %12,1'inin nadiren yaptığı, %6,8'inin ise atladığı saptanmıştır (Pereira ve ark., 2018). Çalışmamızda kahvaltı yapma oranının yüksek çıkması öğrencilere yalnızca “kahvaltı yapıyor musunuz?” sorusundan kaynaklanıyor olabilir, bunun için öğrencilere saat kaçta kahvaltı yaptıkları da sorulmalıdır.

Özellikle okul çağı çocuklarının yeterli ve dengeli şekilde kahvaltı yapmaları gerekirken, çeşitli sebeplerle ya hiç yapılmamakta, ya da dengesiz bir kahvaltıyla çocuklar okula gönderilmektedirler. Kahvaltı atlamamanın nedenlerinin başında; sabah geç kalkma yüzünden okula yetişememe korkusuyla zaman bulamama, yemek yeme isteği duymama, ekonomik yetersizlik ve önemsememe gelmektedir (Türkmenoğlu Şimşek, 2007). Çalışmamızda kahvaltı yapmama nedenleri incelendiğinde; %33,2 okula geç kalmamak, %32,5 iştah olmaması, %5,0 evde hazırlanmaması ve %1,9 zayıflamak yanıtı alınmıştır (Tablo 8). Üniversitede okuyan 1105 öğrenci ile yapılan bir çalışmada %42,2'si zaman bulamadığı, %17,4'ü sabah uyanamadığı, %13,2'si iştahsızlık olması/canı istemediği, %11,1'i okula geç kalmama gibi nedenlerle kahvaltıyı atladığını ifade etmiştir (Ermiş ve ark., 2015).

Çalışmamızda adölesan bireylerin %72,8'i evde, %25,3'ü okulda ve %1,9'u cafe/pastanede kahvaltı yapmaktadır (Tablo 8). Uludağ Üniversitesi'nde okuyan 557 öğrenci ile yapılan çalışmada, %52'si kahvaltıyı evde, %26,9'u kantinde, %11,1'i cafe/pastanede yapmaktadır (Ayhan ve ark., 2012). Çalışmamıza göre üniversite öğrencilerinin evde kahvaltı yapma oranının azalması aile yanından ayrılma, yurttan kalma ya da başka eve çıkma gibi nedenler gösterilebilir.

Çalışmamızda kahvaltı yapmadığında olguların %35,6'sı kötü hissettiğini belirtirken, %5,5'i iyi hissettiğini, %58,7'si ise fark etmediğini belirtmiştir (Tablo 8).

İlköğretim okuluna devam eden 561 öğrenci ile yapılan bir çalışmada kahvaltı yapmadığında kendisini iyi hissedenler %14,6, kötü hissedenler %31,7, fark etmiyor diyenler %53,7 olarak belirlenmiştir (Özdoğan, 2006). Bu sonuçlar ile çalışmamızdaki sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Kahvaltının atlanması, okul çocuklarını etkileyen bir halk sağlığı sorunu olarak gösterilmektedir. Eksik kahvaltı, birçok sağlık problemi ile ilişkilidir, bilişsel ve psikososyal işlevlerin yanı sıra akademik öğrenme ve başarıdaki performansı düşürür (ALBashtawy, 2017). Çalışmamızda kahvaltı yapmadığı zamanlarda okul başarısının etkilendiğini ifade eden olgu oranı %44,5 olarak bulunmuştur (Tablo 8). Norveçli 2432 adölesan ile yapılan bir çalışmada düzenli kahvaltı ve öğle yemeği tüketen kız ve erkek adölesan bireylerin akademik başarı oranının arttığı saptamıştır (Stea ve Torstveit, 2014).

Bütün gece devam eden açlıktan sonra günün en mühim öğünü sabah kahvaltısıdır. Bedenimiz uyurken bile çalışmaya devam etmektedir. Akşam yemeği ile sabah öğünü arasında yaklaşık 12 saatlik bir zaman geçer. Sabahları kahvaltı tüketilmez ise beynin çalışması için yeterli enerji oluşamaz. Bu durumda; yorgunluk, halsizlik, baş ağrısı, dikkat eksiliği ve algıda azalma gibi problemler yaşanır (Biçen, 2016). Çalışmamızda kahvaltı yapılmadığı zamanlarda olgularda görülen belirtiler incelendiğinde; %41,1 yorgunluk, %44,5 halsizlik, %38,5 uyku hali, %82,2 açlık hissi, %5,5 titreme, %11,1 üşüme, %14,7 baş dönmesi, %14,9 göz kararması ve %35,1 dikkat eksikliği yaşandığı görülmüştür (Tablo 8). İlköğretim ikinci kademe okuyan 561 öğrencinin yer aldığı çalışmada öğrencilere kahvaltı yapmadıklarında görülen belirtiler sorulduğunda; %49,2'si açlık hissi, %36,2'si yorgunluk/halsizlik, %27,8'i baş ağrısı, %27,1'i dikkat azalması, %18'i huzursuzluk, %16,4'ü göz kararması, %16,2'si baş dönmesi, %13,0'ü üşüme, %12,1'i terleme, %8,9'u titreme, %5,0'i çarpıntı yanıtını vermişlerdir (Özdoğan ve Altuhul, 2012).

Çalışmamızdaki adölesanların %75,2'si kahvaltıyı yararlı bulurken, %5,6'sı yararlı bulmamakta, %19,2'si ise kısmen yararlı bulmaktadır (Tablo 8). Sekizinci sınıfta okuyan 12-14 yaş arası 188 öğrenci ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin

%80,3'ü kahvaltıyı yararlı bulmuş ve kahvaltının kendilerini dinç tuttuğunu, enerji verdiğini, dersleri anlamayı sağladığını ifade etmişlerdir (Çelik ve ark., 2004).

Araştırmamızda adölesan bireylerin kahvaltıda tükettiği besinler incelendiğinde; %72,8 yumurta, %54,3 reçel-bal, %77,4 peynir, %23,8 pekmez, %58,7 zeytin, %51,2 poğaç-a-simit-açma, %68,8 çay, %4,8 bisküvi-kraker, %40,9 süt, %32,2 kahvaltılık gevrek, %25,7 margarin-tereyağı, %80,8 ekmek, %7,2 meyve, %51,4 salam-sucuk-sosis, %63,5 tost ve %29,8 sebze yer aldığı gözlenmiştir (Tablo 8). Ankara Üniversitesi'nde 220 öğrenci ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin kahvaltıda tükettiği besinler arasında; %72,3 çay, %5,9 süt, %73,5 ekmek, %32,7 peynir, %18,4 zeytin, %11,4 yumurta yer aldığı belirlenmiştir (Faydaoğlu ve ark., 2013). Hindistan'da 1440 adölesan ile yapılan çalışmada %86,3'ünün Hint ekmeği (chapati), %80,8'inin pirinç tükettiği saptanmıştır (Dhurandhar ve ark., 2014). Güney Kore'de yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin haşlanmış pirinç, siyah fasulye, soslu erişte, buğulanmış yumurta ve pirinç keki gibi yiyecekleri tükettikleri saptanmıştır (Park ve ark., 2015). Çalışmamızda adölesanların %68,8'i çayı, %40,9'u sütü tercih ederken Gana'da bir ortaokulda yapılan çalışmada öğrencilerin kahvaltıda %79,4'ünün kakao içeceğini, %20,6'sının kahveyi tercih ettiği saptanmıştır (Buxton, 2014). Ülkemizde kahvaltıda tüketilen besinlerin ya da pişirilme şekillerinin diğer ülkelerden farklı olması ülkelerin kendilerine ait gelenekleri, mutfak kültürleri ve yiyecek/içeceğe ulaşım olanaklarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda yaşa göre öğün atlama durumu arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ) (Tablo 9). Adölesan bireyler ile yapılan bir çalışmada da öğün atlama durumu ile yaş ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Başak, 2018).

Çalışmamızda yaş ile kahvaltı yapma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 9). Okul çağı çocuklarının besin seçimi ve beslenme davranışları üzerinde reklamların etkisi adlı çalışmada 9-14 yaş arası 332 öğrenci dâhil edilmiş ve yaşa göre kahvaltı yapma durumunun istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Günlü, 2010). Brezilya'da yapılan bir çalışmada da anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Rodrigues ve

ark., 2017). Bu araştırmalar çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmaların aksine İngiltere’de (Coulthard ve ark., 2017), İnan’da (Alimoradi ve ark., 2017) ve Brezilya’da (Pereira ve ark., 2018) yapılan araştırmalarda yaşa göre kahvaltı yapma durumunun istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Çocuklara beslenme bilgisi sağlamak ve iyi beslenme alışkanlıkları kazandırmak sağlıklı beslenme tercihleri için önemlidir. Bir birey tarafından yapılan beslenme seçimleri, sahip oldukları beslenme bilgileri ile doğrudan ilgilidir (Akar şahingöz ve şanlıer, 2011). Çalışmamızda adölesan bireylerin kendi beslenme bilgilerini değerlendirmeleri cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,01$ ). Kız bireylerde beslenme bilgisini orta düzey olarak değerlendirme oranı erkek bireylerden yüksektir. Erkek bireylerde beslenme bilgisini iyi olarak değerlendirme oranı kız bireylerden yüksektir (Tablo 10). İzmit’te 360 lise ğrencisi ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin kendi beslenme bilgilerini değerlendirme durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamda fark saptanamamıştır ( $p>0,05$ ) (Sormaz, 2006).

Çalışmamızda cinsiyet ile öğün atlama durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmektedir ( $p<0,01$ ) (Tablo 10). Kayseri ilindeki liselerde öğrenim gören 14-17 yaş arası 1072 ğrenci ile yapılan bir çalışmada kız bireylerin %59,2’sinin, erkek bireylerin %51,2’sinin öğün atladığı belirtilmiştir, bu çalışmada cinsiyete ile öğün atlama durumu arasında istatistiksel anlamda farklılık olduğu saptanmıştır ( $p<0,01$ ) (Yılmaz ve ark., 2018). Bu çalışmaların aksine 933 adölesan ile yapılan bir araştırmada olguların %18,2’sinin öğün atladığı, %52,6’sının bazen atladığı, %29,1’inin ise atlamadığı belirlenmiş, çalışmada cinsiyete göre öğün atlama durumu arasında anlamlı istatistiksel fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Meşe Yavuz ve Koca zer, 2019).

Kahvaltı tüketiminin önemine rağmen, Batı lkelerinde birçok adölesan için kahvaltı atlama sıklığı yaygındır ve kahvaltı atlama sıklığı %3 ve %34 arasında değerismektedir. Kahvaltı atlama, kızlar, adölesanlar ve düşük sosyoekonomik gruplar arasında daha yaygındır (Hallström ve ark., 2011). Çalışmamızda cinsiyet ile kahvaltı yapma durumu arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ )

(Tablo 10). Salta eyaletinde 283 öğrenci ile yapılan çalışmada kahvaltı yapma ve kahvaltı atlama durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (Gotthelf ve Tempestti, 2017). Bu sonuç çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmaların aksine İran'ın Sanandaj eyaletinde 553 adölesan ile yapılan çalışmada erkeklerin kahvaltı tüketim oranı %51,6, kızların %48,4'tür. Cinsiyetler arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı saptanmıştır ( $p=0.000$ ) (Alimoradi ve ark., 2017).

Çalışmamızda cinsiyete göre kahvaltı yapılan yer istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Erkek olgularda evde kahvaltı yapma oranı kızlardan yüksektir (Tablo 10). Konya Kulu da 270 lise öğrencisi ile yapılan bir çalışmada kızların %65,0'i, erkeklerin %72,9'u kahvaltüyü evde yapmaktadır. Erkek adölesanlarda evde kahvaltı yapma oranı kız adölesanlara göre yüksektir. Cinsiyetler arasındaki bu farklılık istatistiksel şekilde anlamlıdır ( $p<0,01$ ) (Balkış, 2011). Bu araştırma sonucu çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda olguların kendi beslenme bilgilerini değerlendirmeleri ile BKİ değerleri arasında istatistiksel anlamlılık saptanamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 11). Kars Digor Anadolu Lisesi'nde 317 öğrenci ile yaptığı çalışmada beslenme bilgilerini değerlendirmeleri ile BKİ arasında anlamlı fark saptanamamıştır ( $p>0,05$ ) (Çelik Kayapınar ve Aydemir, 2014).

Araştırmamızda adölesan bireylerin öğün atlama durumu ile BKİ değerleri arasında istatistiksel anlamda bir ilişki saptanamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 11). Özel eğitim kurumunda 2258 adölesan ile yapılan araştırmada da öğün atlama durumu ile BKİ karşılaştırılmasında anlamlı fark saptanamamıştır ( $p>0,05$ ) (Ayrancı ve ark., 2010). Diğer araştırmalarda da anlamlı farklılık saptanamamıştır ( $p>0,05$ ) (Kartal, 2019; Başak, 2018; Akan, 2018; Erdoğan, 2016; Özakar Akça ve Selen, 2015). Bu sonuçlar çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda adölesanların kahvaltı yapma durumu ile BKİ değerleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 11). Yaşları 11-14 arasında değişen 290 öğrenci ile yapılan bir çalışmada da öğrencilerin kahvaltı yapma durumu ile BKİ arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanamamıştır

( $p>0,05$ ) (Akan, 2018). Başka çalışmalarda da anlamlı fark saptanamamıştır ( $p>0,05$ ) (Kayapınar ve Aydemir, 2014; Karahan Yılmaz ve Gökmen Özel, 2016; Faydaoğlu ve ark., 2013; Ayrancı ve ark., 2010). Çalışmamız ve diğer çalışmaların aksine kahvaltı yapma durumu ile BKİ ölçümleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar saptanan çalışmalarda yer almaktadır ( $p<0,05$ ) (Yıldırım Aksakal ve Oğuzöncül, 2017; Karadeniz, 2017; Legarrea ve ark., 2015).

Çalışmamızda kahvaltı yapılan yer ile BKİ değerleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 11). Üniversiteye devam eden 197 öğrenci ile yapılan bir çalışmada da kahvaltı yapılan yer ile BKİ arasında anlamlı istatistiksel bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Özakar Akça ve Selen, 2015).

Öz ile arkadaşlarının geliştirdiği (EK-1) ve çalışmamızda kullandığımız Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi'nde olguların ortalama puanı  $29,18\pm 3,31$ 'dir. Öz ve arkadaşları anketi geliştirme çalışmasında 711 öğrenciyi araştırmaya dahil etmiş, anket ortalama puanını  $24,25\pm 5,75$  olarak bulmuştur (Öz ve ark., 2016). Öz bu anketi kendi tez çalışmasında 496 lise öğrencisine uygulamış ve anket ortalama puanını  $22,73\pm 5,77$  olarak bulmuştur (Öz, 2015). Çalışmamızda adölesanların verdikleri cevaplara göre aldıkları beslenme bilgi puan ortalamaları diğer çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni ise öğrencilerin bilgilerinin zamanla daha çok gelişmesi, sürekli yenilenen teknolojiyle bilgiye ulaşmanın daha da kolay olması ve okullarda verilen eğitimlerin etkili olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda adölesanların yaşa göre beslenme bilgisi puanları arasında anlamlı farklılık saptanamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 17). Adölesanlar ile yapılan başka bir araştırmada da yaş ile beslenme bilgisi puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Öz ve ark., 2016). Bu sonuçların aksine diğer çalışmalarda yaş ile beslenme bilgisi puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Özdoğan, 2013; Ünsal, 2007; Karasu, 2006; Grosso ve ark., 2012).

Araştırmamızda adölesanların cinsiyete göre beslenme bilgisi puanları arasında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmış olup ( $p<0,05$ ); kızların puanları erkeklerden yüksek bulunmuştur (Tablo 17). Suriye'de üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada cinsiyete göre beslenme bilgi puanları farkı anlamlı bulunup

( $p<0,05$ ), kızların puanları erkeklerden yüksek saptanmıştır (Labban, 2015). Polonya'da 456 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada cinsiyete göre beslenme bilgi puanları farkı anlamlı olup ( $p<0,01$ ), kızların puanları erkeklerden yüksek saptanmıştır (Zaborowicz ve ark., 2016). Kız öğrencilerin bir şeyler yemeye karar verirken, genellikle kilolarını ve sağlıklarını düşündükleri belirtilmiştir (Astarlı, 2008). Kızların beslenme bilgilerinin erkeklerden daha yüksek olması kızların sağlıklı beslenmeye önem vermelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda sınıf ile beslenme bilgisi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). İkili karşılaştırmalar sonucu; 11.sınıf öğrencilerin puanları 10.sınıf öğrencilerinden yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). İkili karşılaştırmalarda 9.sınıfların puanı ile 10.sınıfların puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmasına rağmen yüksektir (Tablo 17). Bu farkın nedeni 9.sınıfta alınan "sağlık bilgisi" dersinin etkili olması olabilir. Zonguldak Üniversitesi 1. ve 6.sınıfa devam eden 275 tıp öğrencisi ile yapılan çalışmada 6.sınıf tıp öğrencilerinin 1.sınıf tıp öğrencilerinden beslenme bilgi puanı daha yüksek bulunup, sınıf ile beslenme bilgisi puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki vardır ( $p<0,05$ ) (Çetin, 2013).

Çalışmamızda BKİ ölçümleri ile beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 18). Kore'de 3531 öğrenci ile yapılan bir çalışmada da beslenme bilgisi toplam puanı ile BKİ arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktur ( $p>0,05$ ) (Ah Ha ve ark., 2016). Diğer çalışmalarda yaptığımız araştırmayı desteklemektedir (Labban, 2015; Shahsanai ve ark., 2018; Alması, 2015; Şanlıer ve ark., 2009; Öz ve ark., 2016; Tütüncü ve Karaismailoğlu, 2013).

Araştırmamızda adölesan bireylerin beslenme eğitimi alma durumu ile toplam beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 19). Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi düzeylerinin belirlenmesi adlı çalışmada öğrencilerin beslenme eğitimi alma durumu ile beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tütüncü ve Karaismailoğlu, 2013). Beslenme bilgisinin değerlendirilmesi eksik



bilgi alanlarının tanımlanmasını sağlar ve beslenme eğitimi yaklaşımları ile programlarının geliştirilmesine yardımcı olabilir. (El-Sabban ve Badr, 2011).

Beslenme alışkanlıklarını belirleme de etkili faktörlerden biri olan beslenme bilgisi, kişilerin, ailelerin ve toplumların beslenme durumunu etkilemektedir (Labban, 2015). Çalışmamızda adölesanların kendi beslenme bilgilerini değerlendirme durumu ile toplam beslenme bilgisi puanları arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 19). Bu durumun aksine yapılan bir çalışmada öğrencilerin beslenme konusunda bilgilerini yeterli bulmaları ile temel beslenme bilgi puanı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Çetin, 2013).

Çeşitli topluluklarda, farklı demografilerde kullanılan beslenme bilgisi kaynaklarının bilinmesi önemlidir. Bir toplumdaki yüksek oranda korunan bilgi kaynaklarının kitlelere doğru beslenme bilgisini yaymak için etkili bir araç olarak kullanılabileceğini bilmek önemlidir (Quaidoo ve ark., 2018). Çalışmamızda aile büyüklerinden beslenme bilgisi alma durumu ile toplam beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 19). İkinci kademe öğrenci ile yapılan bir çalışmada, beslenme bilgi kaynağı (aile, okul, arkadaş çevresi, kitle iletişim araçları) ile beslenme bilgisi puanı arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Ünsal, 2007).

İnternet gibi bilgi ve iletişim teknolojileri (BİT), çocuklara beslenme konusunda eğitsel bilgi sunmak için etkili bir format sağlayabilir (Banos ve ark., 2012). Çalışmamızda internetten beslenme bilgisi alan olguların toplam beslenme bilgisi puanları internetten bilgi almayanlardan istatistiksel anlamda yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ) (Tablo 19). Gana'da yapılan bir çalışmada da beslenme bilgi kaynağı olarak internet kullananların beslenme bilgi puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Quaidoo ve ark., 2018). İnternet çağımızda vazgeçilmez bir ulaşım ağıdır. Bilgiye kolayca ulaşmak için en çok tercih edilen yöntemlerden biridir. İnternetteki bilgilerin doğruluğuna inanan ya da inanmak isteyen çocuk ve adölesanlar da beslenme bilgilerini bu şekilde geliştirmiş olabilirler.

Gana’da gençler ile yapılan bir çalışmada %86,5’i en güvenilir beslenme bilgi kaynağının sağlık personelleri olduğunu ifade etmişlerdir (Quaidoo ve ark., 2018). Çalışmamızda sağlık personelinden beslenme bilgisi alan olguların toplam beslenme bilgisi puanları sağlık personelinden bilgi almayanlardan istatistiksel anlamda yüksek düzeydedir ( $p<0,05$ ) (Tablo 19).

Hemşireden beslenme konusunda bilgi almak isteme durumuna göre yeterli ve dengeli beslenme puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ( $p<0,01$ ). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; bilgi almak isteyenlerin puanı bilgi almak istemeyenlerden yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ). Hemşireden beslenme konusunda bilgi almak isteme durumuna göre sağlık problemleri alt alanı puanları arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; bilgi almak isteyenlerin puanı bilgi almak istemeyenlerden yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 19). Adölesan sağlığında hemşirelerin önemli bir yerinin olması, sağlık personellerinin bireylerde güven uyandırması, uzman kişilerle doğru bilgiye ulaşmanın daha kolay olması gibi nedenler hemşireden beslenme bilgisi almak isteyenlerin beslenme bilgi puanının bilgi almak istemeyenlerden yüksek çıkmasını sağlamış olabilir.

Çalışmamızda adölesanların öğün atlama, kahvaltı yapma, kahvaltı yapmama nedenleri, kahvaltı yapılan yer ve kahvaltı yapılmadığında hissedilen durum ile toplam beslenme bilgisi puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 20). Birleşik Arap Emirlikleri’nde 300 adölesan ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %86’sı yetersiz beslenme bilgisine sahip bulunmuş ve yetersiz oldukları konuların; beslenme terimleri, sağlıklı atıştırmalıklar/gıdalar, günlük beslenme gereksinimleri ve gıda bileşenleri olduğu saptanmıştır (Al-Yateem ve Rossiter, 2017). Araştırmamızda ve diğer çalışmada belirtildiği gibi adölesanların beslenme, öğün örüntüleri ve kahvaltının önemi, evde yapılan bir kahvaltının fast food bir beslenmeden daha sağlıklı olduğunu bilmemeleri adölesanların beslenme bilgilerini yanlış yönde etkiliyor ve sağlıksız beslenmeye yöneltiyor olabilir.

Araştırmamızda kahvaltı yapmadığında okul başarısı etkilenen olguların toplam beslenme bilgisi puanları başarısı etkilenmeyenlerden istatistiksel anlamda yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ) (Tablo 20). Kore’de 12-18 yaşlarında 359264 adölesan ile 2009-2013 yıllarında “Kore Gençlik Risk Davranışı Web Tabanlı Anketi” ile elde edilen verilerde okul performansı en yüksek olan grubun haftada 6-7 gün kahvaltı yapma oranı diğer gruplardan yüksek iken, hiç kahvaltı yapmama oranı da diğer gruplardan düşüktür. Okul performansı ile kahvaltı arasındaki bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Kim ve ark., 2016). Bu sonuçlar kahvaltının önemli bir öğün olduğu, okul performansına etki ettiği, beslenme bilgilerini geliştirdiği, bireyi zinde tuttuğu ve konsantrasyonu arttırdığı gibi verileri kanıtlamaktadır.

Öğünler içinde en önemlisi sabah kahvaltısıdır. Güne başlarken istekli olmada ve günü verimli bir biçimde geçirmede yapılan sabah kahvaltısının miktarı ve içeriği büyük önem taşımaktadır (Özdoğan, 2006). Kahvaltının önemi ile ilgili otuz senedir yapılan araştırmalar, kahvaltının güne iyi bir başlangıç yapmada her yaş grubundaki bireyler için çok faydalı olduğunu ortaya çıkarmıştır (Karadağ, 2011). Ürdün’de yapılan bir çalışmada olguların %89,8’i kahvaltıyı yararlı bulmuştur (Ali ve ark., 2018). Çalışmamızda kahvaltıyı yararlı bulma durumu ile toplam beslenme bilgisi puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,029$ ;  $p<0,05$ ). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; kahvaltıyı yararlı bulan olguların puanı yararlı bulmayanlardan yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ) (Tablo 20).

Çocuk ve adölesanların sağlıklı yaşam tarzı kazanmaları, beslenme bilgilerinin yeterli olması için öğrencilere, öğretmenlere ve velilere yönelik beslenme eğitimleri (öğünlerin ve kahvaltının önemi, besin ve içerikleri, yaşa göre besin gereksinimleri, beslenmeye bağlı oluşan sağlık sorunları) verilmeli, beslenme programları geliştirilmeli, uygulanmalı, takip edilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.

## 8. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 8.1. Sonuçlar

Bu çalışma İstanbul ili Avcılar ilçesinde bulunan bir devlet lisesinde eğitim ve öğretim gören; %55,5'i kız, %44,5'i erkek olmak üzere toplam 416 adölesan olgu ile gerçekleştirilmiştir.

Olguların %13'ü zayıf, %75,7'si normal, %9,3'ü hafif kilolu, %2'si obezdir.

Annelerin %26,2'si ilkokul, %19,2'si ortaokul, %32,7'si lise, %18,5'i yüksekokul/üniversite mezunudur. Annelerin %71,2'si ev hanımı, %12,0'si işçi, %10,1'i serbest meslek sahibi, %6,7'si memurdur.

Babaların %17,5'i ilkokul, %16,6'sı ortaokul, %35,8'i lise, %29,1'i yüksekokul/üniversite mezunudur. Babaların %45,4'ü serbest meslek sahibi, %37,3'ü işçi, %14,4'ü memur, %2,9'u işsizdir.

Antropometrik ölçümlere göre adölesanların boy ortalaması  $1,69\pm 0,09$  m; ağırlık ortalaması  $60,11\pm 11,33$  kg; BKİ ortalaması  $20,98\pm 3,10$  kg/m<sup>2</sup> bulunmuştur.

Olguların daha önce beslenme eğitimi alma durumu sorulduğunda; %11,1'i beslenme eğitimi aldığını, %70,2'si almadığını ve %18,7'si kısmen aldığını; kendi beslenme bilgilerini değerlendirilmesi istendiğinde; olguların %10,3'ü kötü düzeyde, %65,4'ü orta düzeyde ve %24,3'ü iyi düzeyde beslenme bilgisi olduğunu belirtmiştir.

Beslenme bilgilerini aldıkları kaynakların içinde; %16,1 öğretmenler, %52,6 internet, %26,2 TV/radyo, %22,4 kitap/dergi/gazete, %24,3 bilimsel yayınlar, %33,7 sağlık personeli ve %53,4 aile büyükleri olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda %43,5'i hemşireden beslenme konusunda bilgi almak istediğini belirtirken; %31,0'i bilgi almak istemediğini, %25,5'i ise kararsız olduğunu belirtmiştir.

Olguların %39,4'ünün öğün atladığı, %8,7'sinin öğün atlamadığı, %51,9'unun bazen atladığı bulunmuştur.

Adölesanların %44,2'si sabah, %50,0'si öğle ve %5,8'i akşam öğününü atladığını ifade etmiştir. Öğün atlayanların %26,1'i her gün, %19,7'si gün aşırı, %12,9'u hafta sonları, %41,3'ü seyrek olarak öğün atladığını belirtmiştir.

Olguların %93,8'i kahvaltı yaptığını, %6,2'si kahvaltı yapmadığını belirtmiştir. Kahvaltı yapanların %51,0'i her gün, %13,6'sı gün aşırı, %24,9'u hafta sonları, %10,5'i seyrek olarak kahvaltı yaptığını ifade etmiştir.

Kahvaltı yapmama nedenleri sorulduğunda %33,2'si okula geç kalmamak, %1,9'u zayıflamak, %32,5'i iştah olmadığı ve %5,0'i ile evde hazırlanmadığı yanıtını vermiştir.

Kahvaltıyı evde yapanların oranı %72,8'dir.

Adölesanların kahvaltı yapmadığında %35,6'sı kötü hissettiğini, %5,5'si iyi hissettiğini, %58,7'si ise fark etmediğini belirtmiştir.

Kahvaltı yapmadığı zamanlarda okul başarısının etkilendiğini ifade eden olgu oranı %44,5 olarak bulunmuştur.

Olguların %75,2'si kahvaltıyı yararlı bulduğunu, %5,6'sı yararlı bulmadığını, %19,2'si ise kısmen yararlı bulduğunu ifade etmiştir.

Yaşa göre kahvaltı yapılan yer arasında istatistiksel anlamda farklılık vardır ( $p<0,05$ ). Yaşları 13-14 ile 15-16 olan gruplarda evde kahvaltı yapma oranı, 17-18 yaş grubundan yüksektir.

Kızlarda beslenme bilgisini orta düzey olarak değerlendirme oranı erkeklerden yüksektir. Erkeklerde beslenme bilgisini iyi olarak değerlendirme oranı kızlardan yüksektir.

Kızlarda öğün atlama oranı erkeklerden yüksektir. Erkeklerde öğün atlamama oranı kızlardan yüksektir.

Erkek olgularda evde kahvaltı yapma oranı kızlardan yüksektir.

Adölesanların kendi beslenme bilgilerini değerlendirme, öğün atlama, kahvaltı yapma, kahvaltıyı yararlı bulma durumları ve kahvaltı yaptıkları yer ile BKİ ölçümleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Adölesanların kendi beslenme bilgilerini değerlendirme, öğün atlama, kahvaltı yapma, kahvaltıyı yararlı bulma durumları ve kahvaltı yaptıkları yer ile aile tipi arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Adölesanların kendi beslenme bilgilerini değerlendirme, öğün atlama, kahvaltı yapma, kahvaltıyı yararlı bulma durumları ve kahvaltı yaptıkları yer ile anne çalışma durumu arasında istatistiksel şekilde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Kahvaltı yapma sıklığına göre okula geç kalmamak ve iştah olmaması nedeniyle kahvaltı yapmama oranı diğer gruplardan daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,01$ ).

Öğrencilerin “Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi”nde toplam puanları 17 ile 36 arasında değişmekte olup, ortalama puanı  $29,18\pm 3,31$ ’dir.

Kızların beslenme bilgi puan ortalamaları erkeklerden yüksek bulunmuştur. Cinsiyete göre beslenme bilgisi puanları arasındaki farklılık anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

11.sınıf öğrencilerin puanları 10.sınıf olanlardan yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sınıfa göre beslenme bilgisi puanları arasındaki bu farklılık anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Adölesanların BKİ ölçümleri ile beslenme bilgisi puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

İnternette ile sağlık personelinden beslenme bilgisi alan olguların toplam beslenme bilgisi puanları internette ve sağlık personelinden bilgi almayanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hemşireden beslenme konusunda bilgi almak isteme durumuna göre “yeterli ve dengeli beslenme” ve “sağlık problemleri alt alanı” arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; bilgi almak isteyenlerin puanı bilgi almak istemeyenlerden yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Öğün atlamayanların, kahvaltıyı evde yapanların, kahvaltı yapmadığında kötü hissedenlerin ve yorgunluk yaşayanların “yeterli ve dengeli beslenme” alt alanı puan ortalamaları diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Kahvaltı yapmadığında okul başarısı etkilenenlerin, halsizlik yaşayanların ve kahvaltıyı yararlı bulanların toplam beslenme bilgi puan ortalamaları diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

## 8.2. Öneriler

Geleceğin yetişkinleri olacak adölesanların sağlığını korumak ve geliştirmek önemlidir. Bunun için;

- ✓ Okul öncesi dönemden itibaren çocuklara sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenmenin önemi anlatılmalı ve uygulamalar yapılmalıdır.
- ✓ Öğrencilerin, öğretmenlerin ve ebeveynlerin beslenme konusundaki bilgileri sorgulanmalı ve yetersiz görülen alanlarda gerekli önlemler alınmalıdır.
- ✓ Yılda bir kez öğrencileri, velileri, öğretmenleri ve diğer okul çalışanlarını kapsayacak bir beslenme eğitimi programı sağlık çalışanları (okul hemşiresi, çocuk hemşiresi, halk sağlığı hemşiresi vs.) tarafından düzenlenmeli, gerekli materyaller kullanılmalı ve dağıtılmalı, program yaygınlaştırılmalı ve tekrarlanmalıdır.
- ✓ Günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olan obezite için geliştirilen ve birçok ülkede kullanılan obezite ile web tabanlı mücadele programının kullanımı yaygınlaştırılmalıdır.
- ✓ Beslenme konusuna müfredatta daha çok yer verilmelidir.
- ✓ “Beslenme Dostu Okul” projesinde yer almayan okullarda projeye dâhil olmalıdır.

- ✓ Her çocuk ve adölesan bireye “5210” kuralı öğretilmelidir.
- ✓ Okullarda devlet ve sivil toplum kuruluşu destekli kahvaltı ve öğle yemeği verilmelidir.
- ✓ Kahvaltının önemine dikkat çekmek için çeşitli materyaller hazırlanmalı- gerekirse öğrenciler ile birlikte- okul panolarına asılmalıdır.
- ✓ Kahvaltının önemini anlatan kamu spotları hazırlanmalı, bunun için çocuk ve adölesan gruplardan destek alınmalıdır.
- ✓ Okul kantinlerinde sağlıksız atıştırmalıklar yerine (çikolata, kraker vs.) çeşitli meyveler satılmalıdır. Fiyatları da her öğrenci bütçesine uygun olmalıdır.
- ✓ “Okul Sütü” projesi devam etmeli, yaygınlaştırılmalı, başka projeler geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.
- ✓ Hemşireler internet eğitim programları ve mobil sağlık uygulamaları geliştirmelidir.
- ✓ Her okulda bir okul hemşiresi bulunmalıdır.



## 9. KAYNAKLAR

Abalı, O. Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Yaklaşım, Adeda Yayıncılık, İstanbul, 2012.

Acar, B. (Ed). Pediatrik ve Adölesan Jinekoloji, Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2009.

Ackley, BJ., Ladwig, GB., Makic MBF. Nursing Diagnosis Handbook. Hemşirelik Tanıları El Kitabı, p. 624. On birinci Baskı, Çeviren: Gürhan N, Görgülü Polat Ü, Eren Fidancı B, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2019.

Ackuaku-Dogbe, EM., Abaidoo, B. Breakfast Eating Habits Among Medical Students, Ghana Medical Journal, 2014; 48 (2), p: 66-70.

Ah Ha, S. et al. Eating Habits, Physical Activity, Nutritional Knowledge and Self-efficacy by Obesity Status in Upper-grade Elementary School Students, Nutrition Research and Practice, 2016; 10 (6), p: 597-605.

Ahioğlu Lindberg, EN. Piaget ve Ergenlikte Bilişsel Gelişim, Kastamonu Eğitim Dergisi, 2011; 19 (1), s: 1-10.

Akan, M. Adölesanlarda Beslenme Egzersiz Davranışları ile Beden Kitle İndeksi Arasındaki İlişki. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Edirne.

Akar Şahingöz, S., Şanlıer, N. Compliance with Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) and Nutrition Knowledge Levels in Adolescents. A Case Study from Turkey, Appetite, 2011; 57,p: 272-277

Akçan Parlaz, E., Tekgül, N., Karademirci, E., Öngel, K. Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci, The Journal of Turkish Family Physician, 1999; 3 (4), s: 10-16.

Akman, M., Tüzün, S., Ünalın, PC. Adölesanlarda Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumu, Nobel Medicus, 2012; 8 (1), s: 24-29.

Aksungur, A., Göktaş, B., Önder, ÖR., Cankul, İH. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 2011; 10 (1): 2-12.

Alavi, M., Eftekhari, MB., Noot, R., Rafinejad, J., Chinekesh, A. Dietary Habits among Adolescent Girls and Their Association with Parental Educational Levels, Global Journal of Health Science, 2013; 5 (5), p: 202-206.

ALBashtawy, M. Breakfast Eating Habits Among Schoolchildren, Journal of Pediatric Nursing, 2017; 36, p: 118-123.

Ali, RA., Razeq NMA., Alnuaimi, KM., Alzoubi, FA. Maternal Sociodemographic Characteristics and Behaviors as Correlates of Preadolescent's Breakfast Habits, Journal of Pediatric Nursing, 2018; 39, p:61-67.

Alimoradi, F., Jandaghi, P., Khodabakhshi, A., Javadi, M., Moghadam, SAHZ. Breakfast and Fast Food Eating Behavior in Relation to Socio-demographic Differences Among School Adolescents in Sanandaj Province, Iran, Electronic Physician, 2017; 9 (6), p:4510-4515.

Alması, N. Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Durumu, Bilgi Düzeyi ve Porsiyon Ölçüsü Algısının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Ankara.

Altay, M., Cabar, HD., Altay, B. Adölesan Döneminde Beslenme ve Okul Sağlığı, Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2018; 1 (2), s:174-180.

Al-Yateem, N., Rossiter, R. Nutritional Knowledge and Habits of Adolescents Aged 9 to 13 Years in Sharjah, United Arab Emirates: A Cross-sectional Study, Eastern Mediterranean Health Journal, 2017; 23 (8), p:551-558.

Arlı, M., Şanlıer, N., Küçükkömürler, S. & Yaman, M. Anne ve Çocuk Beslenmesi, Pegem Akademi, Ankara, 2017.

Astarlı, Ö. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. ve 5. Sınıf Öğrencilerinde Beslenme Bilgi Düzeylerinin ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İstanbul.

Avan, M. Mardin Kızıltepe İlçesindeki Merkez İlköğretim Okullarında Okuyan 6. 7. ve 8. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Konya.

Aydenk Köseoğlu, SZ., Çelebi Tayfur, A. Adölesan Dönemi ve Beslenme Sorunları, Güncel Pediatri, 2017; 15 (2), s: 50-62.

Ayhan, DE. ve ark. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Bunları Etkileyen Faktörler, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2012; 38 (2), s:97-104.

Ayrancı, Ü., Erenoğlu, N., Son, O. Eating Habits, Lifestyle Factors and Body Weight Status Among Turkish Private Educational Institution Students, Journal Nutrition, 2010; 26 (7-8), p: 772-778.

Balkış, M. Lise Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları, Probiyotik Süt Ürünleri Tüketim Sıklıkları ve Bilgilerinin Belirlenmesi: Kulu Örneği. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Konya.

Baltacı G., Ersoy G., Karaağaoğlu N., Derman O., Kanbur N. Ergenlerde Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Yaşam, Yayın No: 730, Şubat 2008, Ankara.

Banos, RM., Cebolla, A., Oliver, E., Alcaniz, M., Botella, C. Efficacy and Acceptability of An Internet Platform to Improve the Learning of Nutritional Knowledge in Children: The ETIOBE Mates, Health Education Research, 2012; 28 (2), p:234-248.

Barufaldi, LA. et al. ERICA: Prevalence of Healthy Eating Habits Among Brazilian Adolescents, Rev Saúde Pública, 2016; 50(1), p: 1-9.

Başak, SB. 14-18 Yaş Arası Adölesanların Besin Tüketimleri, Besleme Alışkanlıkları ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Obezite ile İlişkilerinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul.

Batmaz, H. Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Ölçeği Geliştirilmesi ve Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, 2018, İstanbul.

Baysal, A. Beslenme, Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 2012.

Baysal, A. Kahvaltı ve Okul Başarısı, Beslenme ve Diyet Dergisi, 1999; 28 (1), s: 1-3.

Besler, T. ve ark. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014), Ankara, 2010.

Besler, HT. ve ark. Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi-2015, Ankara, 2015.

Biçen, L. Ortaokul Öğrencilerinin Besin Güvenliği Bilgi ve Davranışlarını Etkileyen Etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İzmir.

Buxton, CNA. Ghanaian Junior High School Adolescents Dietary Practices and Food Preferences: Implications for Public Health Concern, Journal Nutrition and Food Sciences, 2014; 4 (5), p: 1-9.

Canavan, CR., Fawzi, WW. Addressing Knowledge Gaps in Adolescent Nutrition: Toward Advancing Public Health and Sustainable Development, Current Developments in Nutrition, 2019; 3 (7), p: 1-3.

Coulthard, JD., Palla, L., Pot, GK. Breakfast consumption and nutrient intakes in 4–18-year-olds: UK National Diet and Nutrition Survey Rolling Programme (2008–2012), *British Journal of Nutrition*, 2017; 118, p:280-290.

Çelik, Ö., Arık, A., Arıkan, C., Bayram, G., Demirtaş, Z., Aslan, D. Sekizinci Sınıf Öğrencilerinin Kahvaltı Alışkanlıkları, *Ç.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004; 29, s: 12-19.

Çelik Kayapınar, F., Aydemir, R. Lise Öğrencilerinin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıklarının İncelenmesi (Kars Digor Anadolu Lisesi Örneği), *International Journal of Science Culture and Sport*, 2014, 2, s:21-38.

Çetin, G. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Birinci ve Son Sınıfa Devam Eden Öğrencilerin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Ankara.

Demirali, HM. Adölesan Dönem (12-19 Yaş) Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Obezite İlişkisi. İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul.

Derman, O. Ergenlerde Psikososyal Gelişim, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No: 63, 2008, s: 19-21.

Dhurandhar, EJ. et al. The Effectiveness of Breakfast Recommendations on Weight Loss: A Randomized controlled Trial, *Am J Clin Nutr*, 2014; 100, p:507-513.

Doğan, L. Adölesanlarda Beslenme Eğitimi: Akdeniz Diyeti Örneği. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile ve Tüketici Bilimleri Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Ankara.

Dolgun, G., İnal, S., Uğurlu, F. Ergen Sağlığının Sürdürülme ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü, *Türk Pediatri Arşivi*, 2011; 46 (özel sayı), s: 4-8.

Duma-Kocan, P., Barud, B., Glodek, E., Gil, M. Assessment of Nutrition Habits and Preferences Among Secondary School Students, National Institute of Public Health, 2017; 68 (1), p:91-97.

Ekici, E. Adölesanların Kilo Yönetiminde 5210 Beslenme Yönetimi Programının Etkisi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2015, İstanbul.

El- Sabban, F., Badr, HE. Assessment of Nutrition Knowledge and Related Aspects among First-Year Kuwait University Students, Ecology of Food and Nutrition, 2011; 50 (2), p:181-195.

Emlek Sert, Z. İlköğretim Öğrencilerinde Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivitenin Arttırılmasına Yönelik Eğitim Programının Kilo Yönetimine Etkisi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2015, İzmir.

Erbaba, H. Obez Adölesanlarda Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Menstürel Semptomlara Yönelik Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Menstürel Semptomlara Etkisinin Değerlendirilmesi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2018, Ankara.

Erdim, L., Ergun, A., Kuğuoğlu, S. Çocuklarda Obezitenin Önlenmesi ve Yönetiminde Hemşirenin Rolü, Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2014; 1 (2), s:115-126.

Erdoğan, EG. Lise Öğrencilerinde Beden Kütle İndeksi Durumunun Sosyodemografik ve Beslenme Özellikleri ile İlişkisi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Konya.

Ergül, Ş., Kalkım, A. Önemli Bir Kronik Hastalık: Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011; 10 (2), s:223-230.

Erkan, T. Ergenlerde Beslenme, Türk Pediatri Arşivi, 2011; 46 (özel sayı), s: 49-53.

Ermiş, E., Doğan, E., Erilli, NA., Satıcı, A. Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Örneği, Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi, 2015; 6 (1), s:31-40.

Ersoy, E., Ayaz, A. Üniversite Öğrencilerinin Kahvaltı Yapma Alışkanlıklarının Saptanması, Beslenme ve Diyet Dergisi, 2012; 40 (3), s:211-217.

Faydaoğlu, E., Energin, E., Sürücüoğlu, MS. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Kahvaltı Yapma Alışkanlıklarının Saptanması, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013; 2 (3), s:299-311.

Gharlipour, Z. et al. Investigation of Educational Intervention Based on Theory of Planned Behavior on Breakfast Consumption Among Middle School Students of Qom City in 2012, Journal of Education and Health Promotion, 2015; 4, p: 1-7.

Gotthelf, SJ., Tempestti, CP. Breakfast, Nutritional Status, and Socioeconomic Outcome Measures Among Primary School Students From the City of Salta. A Cross-sectional Study, Arch Argent Pediatr, 2017; 115 (5), p:424-431.

Goyal, R., Julka, S. Impact of Breakfast Skipping on the Health Status of the Population, Indian Journal of Endocrinology and Metabolism, 2014; 18 (5), p:683-687.

Gözüm, S. (Ed). Okul Dönemindeki Çocukların Sağlığının Geliştirilmesi, Vize Yayıncılık, Ankara, 2016.

Grosso, G., Mistretta, A., Turconi, G., Cena, H., Roggi, C., Galvano, F. Nutrition Knowledge and Other Determinants of Food İntake and Lifestyle Habits in Children and Young Adolescents Living in a Rural Area of Sicily, South Italy, Public Health Nutrition, 2012; 16 (10), p:1827-1836.

Gümüş, H. Yetiştirme Yurtlarında Kalan Adölesanların Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Sağlık ve Vücut Kompozisyonları ile İliőkinin Saptanması. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2009, Ankara.

Günlü, Z. Okul Çağı Çocuklarının Besin Seçimi ve Beslenme Davranışları Üzerinde Reklamlarının Etkisi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Konya.

Hallström, L. et al. Breakfast Habits and Factors Influencing Food Choices at Breakfast in Relation to Socio-Demographic and Family Factors Among European Adolescents. The HELENA Study, *Appetite*, 2011; 56, p:649-657

Hamulka, J., Wadolowska, L., Hoffmann, M., Kowalkowska, J., Gutkowska, K. Effect of an Education Program on Nutrition Knowledge, Attitudes toward Nutrition, Diet Quality, Lifestyle, and Body Composition in Polish Teenagers. The ABC of Healthy Eating Project: Design, Protocol, and Methodology, *Nutrients*, 2018; 10, p: 1-23.

Kabaran, S., Mercanlıgil, SM. Adölesan Dönem Besin Seçimlerini Hangi Faktörler Etkiliyor?, *Güncel Pediatri Dergisi*, 2013; 11, s: 121-127.

Kabaran, S., Mercanlıgil, SM. Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının, Besin Seçimlerinin ve Obezite Durumlarının Değerlendirilmesi, *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 2013; 41 (2), s:115-123.

Kahraman, A., Bolışık, B. Çocuk ve Ergenlerde Obezite ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2017; 9, s:78-94.

Karağaoğlu, N. İlköğretim Çocukları İçin Sağlıklı Beslenme, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2008, Ankara.



Karadağ, G. İlköğretim Yedinci Sınıf Öğrencilerine ve Annelerine Verilen Beslenme Eğitiminin Beslenme Bilinci Geliştirmeye Etkisi. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2011, Kayseri.

Karadeniz, S. 12-14 Yaş Ortaokul Öğrencilerinde Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Obezite İlişkisinin İncelenmesi (Sivas İl Örneği). Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Çorum.

Karahan Yılmaz, S., Gökmen Özel, H. Okul Çağı Çocuklarında Obeziteyle İlişkili Etmenlerin Değerlendirilmesi, Beslenme ve Diyet Dergisi, 2016; 44 (2), s:90-96.

Karasu, Ö. Yatılı Olan ve Yatılı Olmayan Lise Öğrencilerinin Beslenme Bilgisi ve Durumlarının Değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Ankara.

Kartal, T. Çukurova Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Durumları ve Alışkanlıklarının İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Gıda Mühendisliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Adana.

Kaşıkçı, S. Edirne İli Merkez İlköğretim Okullarında 6., 7., ve 8. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma. Namık Kemal Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Gıda Mühendisliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Tekirdağ.

Kavaklı, A. Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme, Hilal Matbaacılık, İstanbul, 1992.

Kaya, N. Okul Spor Faaliyetlerine Katılan Öğrenciler ile Katılmayan Öğrencilerin Beslenme, Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Karşılaştırılması. Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Düzce.

Kim, SY., Sim, S., Park, B., Kong, G., Kim, JH., Choi, HG. Dietary Habits are Associated With School Performance in Adolescents, Medicine Journal, 2016; 95 (12), p:1-10.

Koç, M. Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2004; 17 (2), s: 231-256.

Köksal, G., Gökmen, H. Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi, Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 2000.

Labban, L. Nutritional Knowledge Assessment of Syrian University Students, Journal of the Scientific Society, 2015; 42 (2), p:71-77.

Legarrea, PL., Olivares, PR., Fierro, AA., Campos, RG., Bolanos, MC., Garcia-Rubio, J. Association Between Dietary Habits and the Presence of Overweight/Obesity in A Sample of 21,385 Chilean Adolescents, Nutricion Hospitalaria, 2015; 31 (5), p:2088-2094.

Meşe Yavuz, C., Koca Özer, B. Adölesan Dönem Okul Çocuklarında Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi, Journal of Tourism and Gastronomy Studies, 2019; 7 (1), s:225-243.

Osmanoğlu, N. Anne ve Çocuk Beslenmesi, Vize Yayıncılık, Ankara, 2018.

Öz, F., Aydın, R., Onsu, MF., Metintaş, S., Öztürk Emiral, G. Development of A Reliable and Valid Adolescence Nutritional Knowledge Questionnaire, Mattioli 1885, 2016; 18 (2), s:125-134.

Öz, F. Adölesanlarda İnternet Destekli Beslenme Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi: Randomize Kontrollü Çalışma. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2015, Eskişehir.

Özakar Akça, S., Selen, F. Üniversite Öğrencilerinin Öğün Atlamaları ve Günlük Fiziksel Aktivitelerinin Beden Kütle İndeksi (BKİ) Üzerine Etkisi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2015; 14 (5), s: 394-400.

Özdemir, N. Çocuklarda Tanıdan Tedaviye Demir Eksikliği Anemisi, Türk Pediatri Arşivi, 2015; 50, s:11-19.

Özdoğan, Y., Altuhul, S. İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Kahvaltı Alışkanlıkları, Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012, s:141-156.

Özdoğan, Y. Konya İl Merkezinde Farklı Sosyo Ekonomik Düzeylerdeki İlköğretim Okullarına Devam Eden Çocukların Kahvaltı Yapma Alışkanlıklarının Saptanması. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Konya.

Özdoğan, Y. Adölesanların Yeme Davranışı ve Beslenme Bilgilerini Saptamaya Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması. Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2013, Ankara.

Özenoğlu, A. (Ed). Beslenmenin Esasları ve Sağlığın Korunmasında Beslenme, Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 2016.

Özmen, HF. Adölesan Bireylerde Diyet Kalitesinin Sağlıklı Yeme İndeksi ile Değerlendirilmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul.

Özmen, D., Çetinkaya, ÇA., Ergin, D., Şen, N., Erbay Dünder, P. Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları ve Beden Ağırlığını Denetleme Davranışları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6 (2), s:98-105.

Park, ES., Lee, JH., Kim, MH. Eating Habits and Food Preferences of Elementary School Students in Urban and Suburban Areas of Daejeon, The Korean Society of Clinical Nutrition, 2015;4, p:190-200.

Pepe, K., Bozkurt, İ., Kara, D. Research for Investigating the Nutrition Status and Level of Knowledge of University Students: Mehmet Akif Ersoy University Sample Work, J. Int. Environmental Application & Science, 2010; 5 (1), p:146-155.

Pereira, JL., de Castro, MA., Hopkins, S., Gugger, C., Fisberg, RM., Fisberg, M. Prevalence of Consumption and Nutritional Content of Breakfast Meal Among Adolescents From the Brazilian National Dietary Survey, Journal de Pediatria, 2018; 96 (4), p:630-641.

Polit, DF., Beck, CT. Resource Manual for Nursing Research, Wolter Kluwer Health- Lippincott Williams and Wilkins, 2016

Prangthip, P., Soe, YM., Signar, JF. Literature Review: Nutritional Factors Influencing Academic Achievement in School Age Children, International Journal of Adolescent Medicine and Health, 2018, p:1-9.

Quaidoo, EY., Ohemeng, A., Amankwah-Poku, M. Sources of Nutrition Information and Level of Nutrition Knowledge Among Young Adults in the Accra Metropolis, BMC Public Health, 2018; 18, p:1-7.

Rodopman Arman, A., Bereket, A., Ateş, E. Kim Korkar Ergenlikten, Doğan Kitap, İstanbul, 2011.

Rodrigues, PRM., Luiz, RR., Monteiro, LS., Ferreira, MG., Gonçalves-Silva, RMV., Pereira, RA. Adolescents' Unhealthy Eating Habits are Associated With Meal Skipping, Nutrition, 2017; 41, p:114-120.

Sabbağ, Ç. İlköğretim 5. ve 6. Sınıf Öğrencilerine Verilen Beslenme Eğitiminin Beslenme Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2009, Ankara.

Sarıdağ Devran, B. Lise Öğrencileri ve Ebeveynlerine Verilen Beslenme Eğitiminin Beslenme Bilgi ve Davranışları Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2018, Ankara.

Sarıkahya Durmuş, S. Lise 1.Sınıf Öğrencilerinde Verilen Eğitimin Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktiviteye Etkilerinin Araştırılması. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2017, Kayseri.

Sayan, A. Beslenme Alışkanlıkları ve Temel Besin Gereksinimleri, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1999; 2 (2), p: 53-65.

Shahsanai, A., Farajzadegan, Z., Sichani, ZH., Heidari, K., Omidi, R. Assessment of the Relationship Between Nutritional Knowledge and Anthropometric Indices in Isfahan Children and Adolescent, *Advanced Biomedical Research*, 2018; 7 (110), p:1-6.

Sormaz Ü, Şanlıer N. Yiyecek-İçecek Hizmetleri Bölümü Çıracak Öğrencilerinin Öğün Tüketimi ve Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi, *K.Ü. Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2015; 23 (4), s:1619-1632.

Sormaz, Ü. İzmit'te Lise Öğrencilerinin Besin Tercihleri ve Beslenme Bilgi Düzeyleri Üzerinde Bir Araştırma. Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi (Beslenme Bilimleri) Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Ankara.

Stea, TH., Torstveit, MK. Association of Lifestyle Habits and Academic Achievement in Norwegian adolescents: A Cross-Sectional Study, *BMC Public Health*, 2014; 14, p: 1-8.

Şanlıer, N., Konaklıoğlu, E., Güçer, E. Gençlerin Beslenme Bilgi, Alışkanlık ve Davranışları ile Beden Kütle İndeksleri Arasındaki İlişki, *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2009; 29 (2), s:333-352.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Beslenme Modülleri, 2008, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi Araştırma Raporu, 2011, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2002, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010, Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Şubat 2014.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi. Süt, Oyun, Okul ve Ergenlik Döneminde Beslenme, Ankara, 2011.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Hasta ve Yaşlı Hizmetleri. Besin Ögeleri ve Besin Grupları, Ankara, 2015.

Topalfakıoğlu, V. Bolu İli Dörtdivan İlçesinde Taşınmalı ve Normal Eğitim Alan Adölesanların Antropometrik Ölçümleri Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Ankara.

tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/n-fus-verileri. (Erişim tarihi: 20/09/2019)

Türkmenoğlu Şimşek, G. 9-12 Yaş Grubu Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Ankara.

Tütüncü, İ., Karaismailoğlu, E. Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi, 2013; 6 (3), s:29-42.

Uçar, M. Konya İli Yetiştirme Yurtlarında Barınan 14-18 Yaş Grubu Kız ve Erkek Öğrencilerin Fiziksel Aktivite ve Uygunluk Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Spor Yöneticiliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Konya.

Uzdil, Z., Özenoğlu, A., Ünal. G. Lise Öğrencilerinde Yeme Tutumlarının Beslenme Alışkanlıkları, Antropometrik ve Demografik Özellikleri İle İlişkisi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2017; 7(1): 11-18.

Ünsal, B. İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Yeme Davranışlarını Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Ankara.

Wang, D., Stewart, D., Chang, C., Shi, Y. Effect of A School-Based Nutrition Education Program on Adolescents' nutrition-Related Knowledge, Attitudes and Behaviour in Rural Areas of China, *Environ Health Prev Med*, 2015; 20, p:271-278.

Yalçın, R. Lise Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Sivas.

Yalçın, C. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Cinsiyete Göre Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Vücut Kompozisyonları ile İlişkisi. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Kayseri.

Yıldırım Aksakal, B., Oğuzöncül, AF. Elazığ Kent Merkezinde Bulunan Ortaöğretimde Okuyan Öğrencilerde Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *Dicle Tıp Dergisi*, 2017; 44 (1), s:13-23.

Yılmaz, EE. Adana İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2013, Adana.

Yılmaz, HK. Adölesanların Yeme Tutumları, Sınav Kaygısı ve Depresyon Yönünden İncelenmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul.

Yılmaz, BÖ., Çiçek, B., Kaner, G. Kayseri İlindeki Liselerde Öğrenim Gören Adölesanlarda Obezite Düzeyinin ve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 2018; 75 (1), s:77-88.

Zaborowicz, Z., Czarnocinska, J., Galinski, G., Kazmierczak, P., Gorska, K., Durczewski, P. Evaluation of Selected Dietary Behaviours of Students According to Gender and Nutritional Knowledge, *National Institute of Public Health*, 2016; 67 (1), p:45-50.

## 10. EKLER

### EK-1

#### SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

Sayın Katılımcı: Lütfen sizi ve düşüncelerinizi en iyi anlatan ifadelerin yanındaki şikkı yuvarlak içine alınız. Verdiğiniz tüm yanıtlar gizli tutulacaktır. Sorulara vereceğiniz samimi cevaplar araştırmanın sağlıklı bir şekilde yürütülmesine yardımcı olacaktır. Bu çalışmaya katılımınız ve duyarlılığınız için teşekkür ederiz.

#### A) TANITICI BİLGİLER

Anket No:

##### 1. Okuduğunuz sınıf:

a) 9.sınıf b) 10.sınıf c) 11.sınıf d) 12.sınıf

##### 2. Yaşınız:

a) 13-14 b) 15-16 c) 17-18 d) 19 ve üzeri

##### 3. Cinsiyetiniz:

a) Kız b) Erkek

##### 4. Boyunuz (lütfen belirtiniz): ..... Kilonuz (lütfen belirtiniz): .....

BKİ: (araştırmacı hesaplayacaktır).....

##### 5. Aile tipi:

a) Çekirdek b) Geniş c) Parçalanmış

##### 6. Kardeş sayısı:

a) 0-2 b) 3-5 c) 6 ve üzeri

##### 7. Annenin mesleği:

a) Ev hanımı b) Memur c) İşçi d) Serbest meslek

##### 8. Babanın mesleği:

a) İşsiz b) Memur c) İşçi d) Serbest meslek

##### 9. Anne ve babanın eğitim durumu:

###### *Anne*

- a) Okuryazar değil
- b) Okuryazar
- c) İlkokul mezunu
- d) Ortaokul mezunu
- e) Lise
- f) Yüksek okul/ üniversite mezunu

###### *Baba*

- a) Okuryazar değil
- b) Okuryazar
- c) İlkokul mezunu
- d) Ortaokul mezunu
- e) Lise
- f) Yüksek okul/üniversite mezunu

##### 10. Ailenin gelir durumu:

a) Kötü b) Orta c) İyi

#### B) BESLENME BİLGİ ve ALIŞKANLIKLARI

##### 11. Daha önce beslenme eğitimi aldınız mı?

a) Evet b) Hayır c) Kısmen

##### 12. Beslenme bilginizi nasıl değerlendirirsiniz?

a) Kötü b) Orta c) İyi



**13. Beslenme bilgisini hangi kaynaktan almaktasınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- a) Öğretmenler
- b) İnternet
- c) TV/ Radyo
- d) Kitap/ Dergi/ Gazete
- e) Bilimsel yayınlar
- f) Sağlık personeli (doktor, hemşire, diyetisyen, beslenme uzmanı vs.)
- g) Aile büyükleri

**14. Bir hemşireden beslenme konusunda bilgi almak ister misiniz?**

- a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

**15. Öğün atlar mısınız?**

- a) Evet b) Hayır c) Bazen

**16. Eğer öğün atlıyorsanız hangi öğünü atlarsınız?**

- a) Sabah b)Öğle c) Akşam

**17. Ne sıklıkla öğün atlarsınız?**

- a) Hergün b) Gün aşırı c) Haftada 1 d) Seyrek

**18. Sabahları kahvaltı yapar mısınız?**

- a) Evet b) Hayır

**19. Sabahları kahvaltı yapıyorsanız ne sıklıkla yaparsınız?**

- a) Hergün b) Gün aşırı c) Hafta sonları d) Seyrek

**20. Eğer kahvaltı yapmıyorsanız nedeni nedir?**

- a) Okula geç kalmamak için b) Zayıflamak için c) İştahım olmadığı için
- d) Evde hazırlanmadığı için e) Ekonomik nedenlerden

**21. Kahvaltıyı genellikle nerede yaparsınız?**

- a) Evde b) Okulda c) Cafe/ Pastane

**22. Kahvaltı yapmadığınızda genellikle kendinizi nasıl hissediyorsunuz?**

- a) Kötü b) İyi c) Farketmiyor

**23. Kahvaltı yapmadığınızda okul başarınız, derse katılımınız ve derse ilginiz etkileniyor mu?**

- a) Evet b) Hayır

**24. Kahvaltı yapmadığınızda aşağıdaki belirtilerden hangileri sizde görülmektedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

- a) Yorgunluk b) Halsizlik c) Uyku hali d) Açlık hissi e) Titreme
- f) Üşüme g) Baş dönmesi h) Göz kararması i) Dikkat eksikliği

**25. Kahvaltıyı yararlı buluyor musunuz?**

- a) Evet b) Hayır c) Kısmen

**26. Kahvaltıda genellikle neler tüketiyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

a) Yumurta	b) Reçel- Bal
c) Peynir	d) Pekmez
e) Zeytin	f) Poğaç- Simit- Açma
g) Çay	h) Bisküvi- Kraker
i) Süt	j) Kahvaltılık gevrek
k) Margarin- Tereyağı	l) Ekmek
m) Meyve	n) Salam- Sucuk- Sosis
o) Tost	p) Sebze

## EK-2

### ADÖLESAN BESLENME BİLGİSİ ANKETİ

Aşağıdaki maddelerden her birini okuduktan sonra size uygun gelen seçeneğe ait alana (X) işareti koyunuz. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

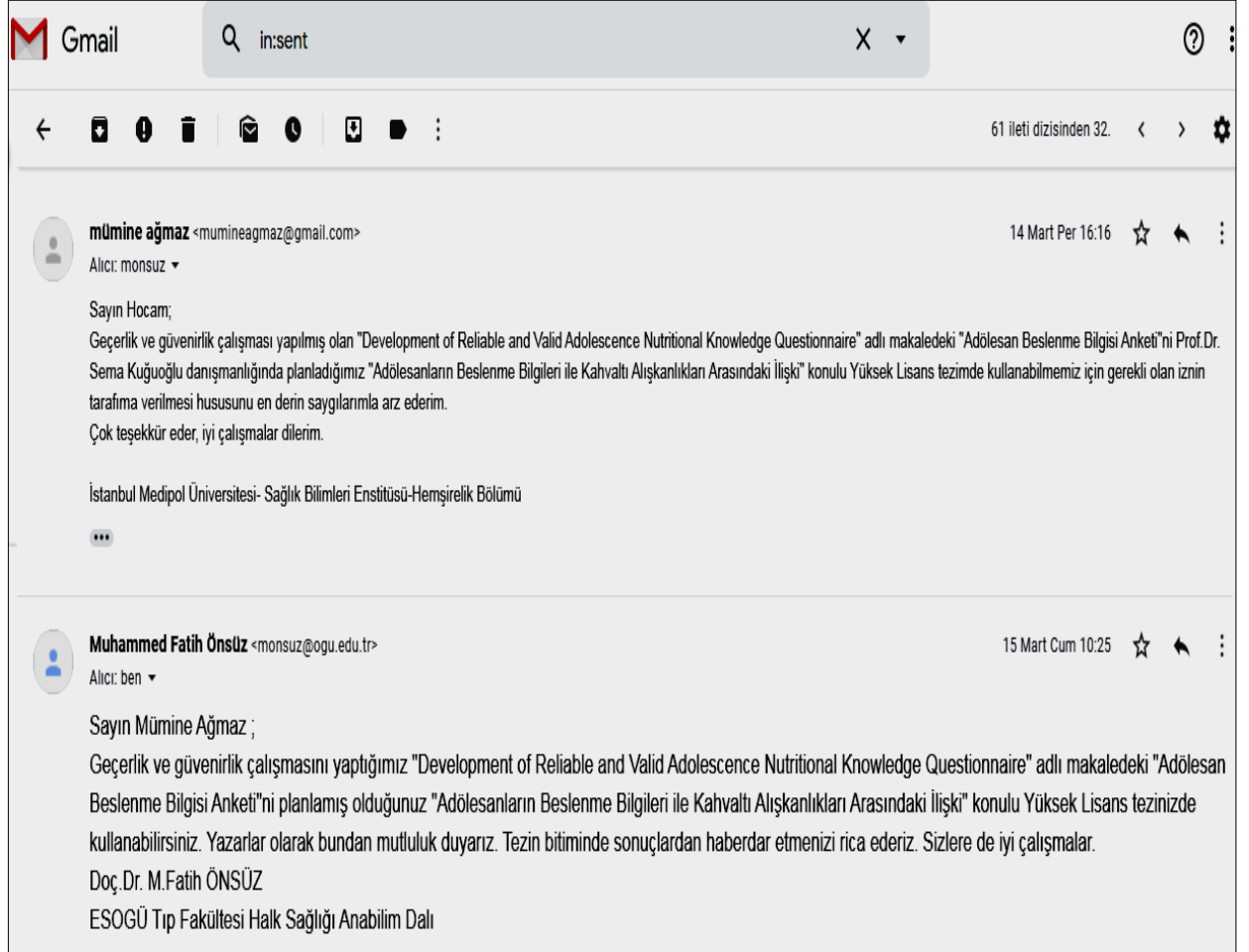
ÖNERMELER	DOĞRU	YANLIŞ
<b>Yeterli ve dengeli beslenme</b>		
1. Her gün en az 2 bardak sağlıklı süt içilmelidir.		
2. Kahvaltıda süt ve yumurta tüketilmelidir.		
3. Düzenli kahvaltı yapmak okul başarısını artırır.		
4. Tahıl grubu dengeli beslenme için tüketilmeli.		
5. Günde 8-10 bardak su içilmelidir.		
6. Günde en az 5 porsiyon meyve-sebze tüketilmeli.		
7. Haftada en fazla 3 gün kırmızı et tüketmeliyiz.		
8. Günde 6 gramdan fazla tuz tüketilmemesini önerirler.		
9. Fast-food dengeli beslenmeye uygun değildir.		
<b>Besin öğeleri alt alanı</b>		
10. Besin öğeleri altı gruba ayrılır.		
11. Karbonhidratlar yağlardan fazla enerji içerir.		
12. Makarna ve pilav nişastalı gıdalardır.		
13. Patates kızartmasının besin değeri azdır.		
14. Gazlı içecekler yüksek miktarda şeker içerirler.		
15. Ekmek yüksek miktarda yağ içerir.		
16. Bisküvi aldığımız yağ miktarını kısıtlar.		
17. Et ve tavuk omega-3 yağ asiti kaynaklarıdır.		
18. Hayvansal yağlar diyetle kolesterol alımını artırır.		
19. "Light" yazısı protein içeriği düşük demektir.		
20. Tavuk ve yumurta protein içeriği yüksek gıdalardır.		
21. Nohut, kuru fasulyenin protein içeriği yüksektir.		
22. Kuruyemiş kırmızı etin yerine geçebilir.		
23. Tam tahıllı ekmek daha fazla vitamin-mineral içerir.		
24. A ve C vitaminleri antioksidan vitamindir.		
25. Biber ve maydanoz C vitamini açısından zengindir.		
26. Kalsiyum- D vitamini güçlü kemikler için önemlidir.		
27. Peynir kalsiyum açısından zengindir.		
28. Beyaz ekmek tam tahıllı ekmeğe göre daha çok lif içerir.		
29. Kayısı yüksek lif içeren bir meyve değildir.		
30. Kırmızı et tuz içeriği yüksek bir gıdadır.		
<b>Beslenme ilişkili sağlık problemleri alt alanı</b>		
31. Kilolu bireyler daha fazla sağlık problemi yaşarlar.		
32. Balık, kalp hastalıklarına yakalanma riskini artırır.		

33. Obezite, aşırı yağ tüketimi ile ilişkilidir.		
34. Posalı gıda kansere yakalanma riskini azaltır.		
35. Az tuzun kalp hastalıklarını önlemede etkisi yoktur.		
36. Diyabet, Hipertansiyon, Kardiyovasküler hastalık şeker ve tuz tüketimine bağlıdır.		
37. Az meyve tüketimi enfeksiyonu kolaylaştırır.		
38. Dengeli beslenmeyenlerde kansızlık olabilir.		



## EK-3

### ADÖLESAN BESLENME BİLGİSİ ANKETİ KULLANIM İZİNİ



The screenshot shows a Gmail inbox with two emails. The first email is from Mümine Ağmaz to Monsuz, dated 14 March 2023. The second email is from Muhammed Fatih Önsüz to Ben, dated 15 March 2023.

**mümine ağmaz** <mumineagmaz@gmail.com> 14 Mart Per 16:16 ☆ ↶ ⋮  
Alıcı: monsuz ▾

Sayın Hocam;  
Geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan "Development of Reliable and Valid Adolescence Nutritional Knowledge Questionnaire" adlı makaledeki "Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi"ni Prof.Dr. Sema Kuşuoğlu danışmanlığında planladığımız "Adölesanların Beslenme Bilgileri ile Kahvaltı Alışkanlıkları Arasındaki İlişki" konulu Yüksek Lisans tezimde kullanabilmemiz için gerekli olan iznin tarafıma verilmesi hususunu en derin saygılarımla arz ederim.  
Çok teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

İstanbul Medipol Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik Bölümü

⋮

**Muhammed Fatih Önsüz** <monsuz@ogu.edu.tr> 15 Mart Cum 10:25 ☆ ↶ ⋮  
Alıcı: ben ▾

Sayın Mümine Ağmaz ;  
Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Development of Reliable and Valid Adolescence Nutritional Knowledge Questionnaire" adlı makaledeki "Adölesan Beslenme Bilgisi Anketi"ni planlamış olduğunuz "Adölesanların Beslenme Bilgileri ile Kahvaltı Alışkanlıkları Arasındaki İlişki" konulu Yüksek Lisans tezinizde kullanabilirsiniz. Yazarlar olarak bundan mutluluk duyarız. Tezin bitiminde sonuçlardan haberdar etmenizi rica ederiz. Sizlere de iyi çalışmalar.

Doç.Dr. M.Fatih ÖNSÜZ  
ESOGÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411-20-E.9006407  
Konu : Anket ve Araştırma İzin Talebi

07/05/2019

VALİLİK MAKAMINA

- İlgi: a) 12.04.2019 tarihli ve 7501276 Gelen Evrak No'lu dilekçe.  
b) MEB. Yen. ve Eğ. Tk. Gn. Md. 22.08.2017 tarih ve 12607291/ 2017/25 No'lu Gen.  
c) Millî Eğitim Müdürlüğü Araştırma ve Anket Komisyonunun 03.05.2019 tarihli tutanağı.

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Mümine AĞMAZ'ın "Adölesanların Beslenme Bilgileri ile Kahvaltı Alışkanlıkları Arasındaki İlişki: Bir Devlet Lisesi Örneği" konulu tezi kapsamında, ilimiz Avcılar ilçesinde bulunan Süleyman Nazif Anadolu Lisesinde öğrenim gören öğrencilere; anket uygulama istemi hakkındaki ilgi (a) dilekçe ve ekleri Müdürlüğümüzce incelenmiştir.

Araştırmacının söz konusu talebi; bilimsel amaç dışında kullanılmaması, uygulama sırasında bir örneği müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının kurumlarımıza araştırmacı tarafından ulaştırılarak uygulanması, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun müdürlüğümüzden izin alınmadan kamuoyuyla paylaşılması koşuluyla, okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Bakanlık emri esasları dâhilinde uygulanması, sonuçtan Müdürlüğümüze rapor halinde (CD formatında) bilgi verilmesi kaydıyla Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Levent YAZICI  
İl Millî Eğitim Müdürü

- Ek:  
1- Genelge.  
2- Komisyon Tutanağı.

OLUR  
07/05/2019

Ahmet Hamdi USTA  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

İl Millî Eğitim Müdürlüğü Binbirdirek M. İmran Öktem Cad.  
No:1 Eski Adliye Binası Sultanahmet Fatih/İstanbul  
E-Posta: sgb34@meh.gov.tr

A. BALTA VHKİ  
Tel: (0 212) 455 04 00-239

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meh.gov.tr> adresinden 11e4-df5f-3f6d-a9a7-6d1b kodu ile teyit edilebilir.

## 11-ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.12614  
Konu : Etik Kurulu Kararı

29/03/2019

Sayın Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Adölesanların Beslenme Bilgileri ile Kahvaltı Alışkanlıkları Arasındaki İlişki: Bir Devlet Lisesi Örneği” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

Ek:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 29.03.2019 tarihinde e-imzalanmıştır.  
Evrakınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 15088341X1 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz  
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44  
İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Adölesanların Beslenme Bilgileri ile Kahvaltı Alışkanlıkları Arasındaki İlişki: Bir Devlet Lisesi Örneği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR**  
**ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		19/03/2019		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	<b>Karar No: 212</b>	<b>Tarih: 22/03/2019</b>		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Keziban OLCAY	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma



## 12-ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Mümine	<b>Soyadı</b>	AĞMAZ
<b>Doğum Yeri</b>	Kadıköy/İSTANBUL	<b>Doğum Tarihi</b>	18/06/1995
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kimlik No</b>	24413262756
<b>E-mail</b>	magmaz@st.medipol.edu.tr	<b>Tel</b>	531-722-67-85

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Yüksek Lisans</b>	İstanbul Medipol Üniversitesi-Hemşirelik	
<b>Lisans</b>	İstanbul Medipol Üniversitesi-Hemşirelik	2017
<b>Lise</b>	Avcılar Süleyman Nazif Anadolu Lisesi	2013

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl-Yıl)</b>
1.		
2.		

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama</b>	<b>Konuşma</b>	<b>Yazma</b>
İngilizce	Orta	Orta	Orta

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı</b>	68	64	58

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
Word	Çok İyi
PowerPoint	Çok İyi
Excel	Orta