

**T.C.**  
**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ**  
**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**  
**HSH-2016-0001**

**OBEZİTE AÇISINDAN RİSKLİ ERGENLERE VERİLEN  
OLUMLU SAĞLIK DAVRANIŞLARI GELİŞTİRME  
EĞİTİMİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI  
VE FİZİKSEL AKTİVİTE ÜZERİNE ETKİSİ**

**Duygu YEŞİLFİDAN**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA**

Bu tez Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı tarafından 12028 proje numarası ile desteklenmiştir.

**AYDIN-2016**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Duygu YEŞİLFİDAN tarafından hazırlanan **“Obezite Açısından Riskli Ergenlere Verilen Olumlu Sağlık Davranışları Geliştirme Eğitiminin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Fiziksel Aktivite Üzerine Etkisi”** başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: ...../...../.....

Üye (Tez Danışmanı): Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA, Adnan Menderes Üniversitesi ...

Üye : Yrd. Doç. Dr. Belgin YILDIRIM, Adnan Menderes Üniversitesi ...

Üye : Yrd. Doç. Dr. Gülhan COŞANSU, İstanbul Üniversitesi ...

### ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün .....tarih ve .....sayılı oturumunda alınan .....nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aşamasında bana bilgi ve becerilerini sonsuzca sunan, doğru yolu gösteren, her türlü şartta çalışma imkanı sağlayan, cesaret veren, sorunlara ve zorluklara karşı beni güçlendiren, danışmandan çok daha ötesi; çalışma disiplinine hayran olduğum, elinde sihirli değneği olduğuna inandığım, en büyük idolüm değerli hocam sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA'ya sonsuz teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim süresince her türlü konuda fazlasıyla desteklerini sunan, birikimlerini paylaşarak beni zenginleştiren Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı hocalarım Yrd. Doç Dr. Belgin YILDIRIM ve Yrd. Doç Dr. Safiye ÖZVURMAZ'a teşekkürlerimi iletirim.

Çalışmamın uygulama aşamasında benimle iş birliği yapan, okulun olanaklarını kullanabilmemi sağlayan Hacı Lütfiye Atay Ortaokul Müdürü Sayın Selahattin YILMAZ'a, müzik öğretmenleri Yavuz Selim Turan ve Cevdet BAŞKORU'ya ayrıca okuldaki müdür yardımcıları ve öğretmenlere teşekkürlerimi bildiririm.

Çalışmamın tüm aşamalarında yaşadığım sıkıntı ve mutlulukları benimle paylaşan, en stresli dönemlerimde yanımda olan ve beni destekleyen yol arkadaşım sevgili eşim Nezir YEŞİLFİDAN'a sevgi dolu teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmam boyunca anneleri ile geçirmeleri gereken vakti benimle paylaşan Mustafa Mert ADANA, dünyalar güzeli Elif Naz ADANA ve Sude Sıla ADANA'ya; günün hangi saati olursa olsun her türlü ulaşım desteğini sağlayan Osman ADANA'ya teşekkür ederim.

Bana her zaman güvenen ve güven veren, bugünlere gelmemdeki emeklerini asla ödeyemeyeceğim, çalışmamın her anında sonsuz sevgilerini hissettiğim, ANNEME, BABAMA ve KARDEŞLERİME teşekkür ederim.

Bu yoğun tempom içerisinde benim yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen bütün hocalarım ve arkadaşlarıma çok teşekkür ederim. Özellikle Dilara KUNTER'e sevgilerimle...

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR .....	ii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ .....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
EKLER DİZİNİ .....	xi
ÖZET .....	xii
ABSTRACT .....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Ergenlik Dönemi .....	3
2.1.1. Ergenlik Döneminde Fiziksel Gelişme.....	3
2.1.2. Ergenlik Döneminde Cinsel Gelişme .....	4
2.1.2.1. Ergenlik döneminde kızlarda cinsel değişimler .....	5
2.1.2.2. Ergenlik döneminde erkeklerde cinsel değişimler.....	5
2.1.3. Ergenlik Döneminde Psikososyal Gelişme .....	5
2.1.3.1. Erken ergenlik dönemi .....	6
2.1.3.2. Orta ergenlik dönemi .....	6
2.1.3.3. Geç ergenlik dönemi.....	7
2.1.4. Ergenlik Döneminde Bilişsel Gelişme .....	7
2.2. Obezite.....	8
2.2.1. Obezitenin Önemi.....	8
2.2.2. Obezitenin Sınıflandırılması.....	9
2.2.2.1. Eksojen obezite.....	9
2.2.2.2. Endojen obezite .....	11

2.2.3. Obezitenin Ölçüm Yöntemleri .....	12
2.2.3.1. Vücuttaki yağın direkt ölçümü .....	12
2.2.3.2. Vücuttaki yağın indirekt ölçümü .....	13
2.2.4. Obezitenin Komplikasyonları.....	15
2.2.5. Obeziteden Korunma.....	15
2.2.5.1. Beslenme eğitimi .....	17
2.2.5.2. Fiziksel aktivitenin desteklenmesi.....	17
2.2.5.3. Aile ile işbirliği.....	18
2.2.5.4. Okul ile işbirliği.....	18
2.2.6. Obezitede Tedavi.....	18
2.2.6.1. Diyet .....	19
2.2.6.2. Egzersiz .....	19
2.2.6.3. Davranış tedavisi .....	20
2.2.6.4. İlaç tedavisi.....	20
2.2.6.5. Cerrahi tedavi .....	21
2.2.7. Dünya'da Obezitenin Görülme Sıklığı.....	21
2.2.8. Türkiye'de Obezitenin Görülme Sıklığı .....	22
2.2.9. Obezitede Hemşirelik Yaklaşımı.....	24
2.3. Sağlığı Geliştirme Modeli .....	25
2.3.1. Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Bileşenleri .....	27
2.3.1.1. Bireysel özellikler ve deneyimler .....	27
2.3.1.2. Davranışa özgü kavramlar ve etkiler .....	27
2.3.1.3. Davranış sonuç .....	28
2.3.2. Sağlığı Geliştirme Modeli ile İlgili Yapılan Çalışmalar.....	28
2.4. Ergenlerde Obezite ile İlgili Yapılan Çalışmalar .....	29
2.4.1. Ulusal Çalışmalar .....	29

2.4.2. Uluslararası Çalışmalar.....	32
3. GEREÇ ve YÖNTEM .....	34
3.1. Araştırmanın Tipi .....	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
3.4. Araştırmada Ölçüm Yöntemi.....	35
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	35
3.6. Araştırma Hipotezi .....	36
3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları .....	36
3.7.1. Anket Formu.....	36
3.7.2. Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi .....	36
3.7.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	37
3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	38
3.9. Araştırmanın Uygulama Planı .....	38
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	39
3.11. Araştırmanın İstatistiksel Değerlendirilmesi .....	39
3.12. Eğitim Planı .....	40
3.13. Çalışma Planı .....	41
4. BULGULAR .....	42
5. TARTIŞMA.....	59
5.1. Öğrencilerin Kişisel Özelliklerinin Tartışılması.....	59
5.2. Öğrencilerin Eğitime İlişkin Özelliklerinin Tartışılması.....	62
5.3. Öğrencilerin Sağlığa İlişkin Özelliklerinin Tartışılması .....	62
5.4. Öğrencilerin Beslenmeye İlişkin Özelliklerinin Tartışılması.....	63
5.5. Öğrencilerin Aktivite Durumunun Tartışılması .....	64
5.6. Öğrencilerin Aile Özelliklerinin Tartışılması.....	65

5.7. Öğrencilerin Aile Sağlığına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması .....	66
5.8. Öğrencilerin Kişisel Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	67
5.9. Öğrencilerin Eğitime İlişkin Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	71
5.10. Öğrencilerin Sağlığa İlişkin Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	73
5.11. Öğrencilerin Beslenmelerine İlişkin Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	75
5. 12. Öğrencilerin Aktivite Durumu ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	76
5.13. Öğrencilerin Aile Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	77
5.14. Öğrencilerin Aile Sağlığına İlişkin Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	80
5.15. Öğrencilerin Yaş, Haftada Spor/ Gün, Beden Memnuniyeti, Eğitim Öncesi SYBDÖ II ve Alt Faktörleri, ÇFAA Puanlarının İlişkisinin Tartışılması .....	81
5.16. Öğrencilerin Eğitim Öncesi, Eğitim Sonrası Birinci İzlem ve Eğitim Sonrası İkinci İzlem ile ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktör Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	83
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	86
6.1. Sonuçlar.....	86
6.2. Öneriler.....	89
KAYNAKLAR.....	91
EKLER .....	110
ÖZGEÇMİŞ.....	132

## SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>cm</b>	: Santi metre
<b>BKİ</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>DM</b>	: Diabetes Mellitus
<b>SYBDÖ II</b>	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II
<b>SYBD</b>	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
<b>ÇFAA</b>	: Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi
<b>TV</b>	: Televizyon
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>AO</b>	: Aritmetik Ortalama
<b>TBSA</b>	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
<b>AYBÖ</b>	: Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği
<b>ASGÖ</b>	: Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği
<b>NASN</b>	: Amerika Ulusal Okul Hemşireliği Birliği



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Rölatif Ağırlık Hesaplama Formülü.....	14
Şekil 2. Türk Çocuklarına Özgü Beden Kitle İndeksi Persentil Değerleri (kg/m <sup>2</sup> ) .....	14
Şekil 3. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli .....	27

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Geliştirmeye Yönelik Eğitim Planı .....	40
<b>Tablo 2.</b> Tez Çalışma Planı (Kasım 2014- Aralık 2015) .....	41
<b>Tablo 3.</b> Öğrencilerin Kişisel Özellikleri.....	42
<b>Tablo 4.</b> Öğrencilerin Eğitime İlişkin Özellikleri.....	43
<b>Tablo 5.</b> Öğrencilerin Sağlığa İlişkin Özellikleri.....	44
<b>Tablo 6.</b> Öğrencilerin Beslenmeye İlişkin Özellikleri .....	45
<b>Tablo 7.</b> Öğrencilerin Aktivite Durumu .....	45
<b>Tablo 8.</b> Öğrencilerin Aile Özellikleri.....	46
<b>Tablo 9.</b> Öğrencilerin Aile Sağlığına İlişkin Özellikleri.....	47
<b>Tablo 10.</b> Öğrencilerin Kişisel Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 11.</b> Öğrencilerin Eğitime İlişkin Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
<b>Tablo 12.</b> Öğrencilerin Sağlığa İlişkin Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
<b>Tablo 13.</b> Öğrencilerin Beslenmelerine İlişkin Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
<b>Tablo 14.</b> Öğrencilerin Aktivite Durumu ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
<b>Tablo 15.</b> Öğrencilerin Aile Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılması.....	54
<b>Tablo 16.</b> Öğrencilerin Aile Sağlığına İlişkin Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
<b>Tablo 17.</b> Öğrencilerin Yaş, Haftada Spor Gün, Beden Memnuniyeti, Eğitim Öncesi SYBDÖ II ve Alt Faktörleri, ÇFAA Puanlarının İlişkisi.....	56

<b>Tablo 18.</b> Öğrencilerin Eğitim Öncesi, Eğitim Sonrası Birinci İzlem ve Eğitim Sonrası İkinci İzlem ile ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktör Puanlarının Karşılaştırılması .....	.58
--	-----

## EKLER DİZİNİ

<b>Ek 1.</b> Etik Kurul İzin Yazısı.....	110
<b>Ek 2.</b> İl Milli Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı .....	111
<b>Ek 3.</b> İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı.....	112
<b>Ek 4.</b> Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Öğrenci) .....	113
<b>Ek 5.</b> Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Veli) .....	117
<b>Ek 6.</b> Anket Formu.....	121
<b>Ek 7.</b> Türkçe Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi.....	124
<b>Ek 8.</b> Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	128
<b>Ek 9.</b> Eğitim Broşürü (1).....	130
<b>Ek 10.</b> Eğitim Broşürü (2).....	131

## ÖZET

### **OBEZİTE AÇISINDAN RİSKLİ ERGENLERE VERİLEN OLUMLU SAĞLIK DAVRANIŞLARI GELİŞTİRME EĞİTİMİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE FİZİKSEL AKTİVİTE ÜZERİNE ETKİSİ**

**Yeşilfidan D. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2016.**

Bu çalışmada; Obezite Açısından Riskli Ergenlere Verilen Olumlu Sağlık Davranışları Geliştirme Eğitiminin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Fiziksel Aktivite Üzerine Etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Kasım 2014- Aralık 2015 tarihleri arasında yapılan araştırmanın başlangıç aşamasında belirlenen okuldaki tüm öğrencilerin gerekli ölçümleri (boy, kilo) yapılmıştır. Okulda obezite açısından riskli olduğu belirlenen öğrencilere konu ile ilgili araştırmacı tarafından hazırlanan anket, Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi (ÇFAA) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) uygulanmıştır. Obezite açısından riskli olduğu belirlenen öğrencilerin tamamı (n=78) eğitime alınmıştır.

Obezite açısından riskli olarak belirlenen öğrencilere 4 oturum (her bir oturum 40 dakika/bir ders saati) olumlu sağlık davranışları geliştirme eğitimi verilmiştir. Eğitimler okulun eğitim salonunda gerçekleştirilmiştir. Eğitimin bitiminde ve eğitim bittikten 4 hafta sonra ölçek uygulaması (ÇFAA, SYBDÖ II) tekrarlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriteri Türk çocukları için belirlenmiş olan persentil eğrilerine göre 85. – 95. persentil arasında olmaktır. Araştırmaya başlamadan önce resmi izinler alınmıştır.

Elde edilen veriler SPSS 18.0 programında ve bilgisayar ortamında değerlendirilmiş, verilerin değerlendirilmesinde; temel istatistiksel analizler, tek yönlü varyans analizi, korelasyon analizi ve eşleştirilmiş gruplarda t testi kullanılmıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin % 48,7'si (n=38) kız, % 51,3'ü (n=40) erkek olup yaş ortalamaları  $11,77 \pm 0,92$ 'dir.

Araştırmada, eğitim sonrası birinci izlem ve eğitim sonrası ikinci izlem Sağlık Sorumluluğu (5,035;0,008), Fiziksel Aktivite (6,284;0,002), Beslenme (5,709;0,004), SYBDÖ II Toplam (6,227;0,003) puanlarının eğitim öncesi puanlarına göre yüksek olduğu; Eğitim sonrası birinci izlem Kişilerarası İlişkiler (3,145;0,046) ve Stres Yönetimi (3,058;0,050) puanlarının eğitim öncesi puanlarına göre yüksek olduğu bulunmuştur.

Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde; verilen eğitimin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktiviteleri üzerine pozitif etki gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, Ergen, Sağlık Davranışı Eğitimi, Fiziksel Aktivite

## **ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF POSITIVE HEALTH BEHAVIOR DEVELOPMENT EDUCATION GIVEN TO ADOLESCENTS AT RISK OF OBESITY ON HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS AND PHYSICAL ACTIVITY**

**Yeşilfidan D. Adnan Menderes University Institute of Health Sciences Public Health  
Nursery Program, Master's Thesis, Aydın, 2016.**

The aim of this study is to analyze The Effect of Positive Health Behavior Development Education Given to Adolescents at Risk of Obesity on Healthy Lifestyle Behaviors and Physical Activity.

With the start of the research that done between the dates of November 2014-December 2015, the necessary measurements (height, weight) of all the students in the school are made. The Physical Activity Questionnaire for Older Children (PAQ-C) and Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HLBS II), which are prepared by the researcher, are applied to the students identified as at risk of obesity. All the students identified as at risk of obesity (n=78) are included in the education.

Four sessions (each session 40 minutes/a lesson hour) of positive health behavior development education are given to students identified as at risk of obesity. The educational activities are performed in the course hall of the school. Scale and survey applications are repeated at the end of the education and 4 weeks after the education is over.

The criteria to be included in the research is to be between 85. – 95. percentiles, according to the percentile curve defined for Turkish children.

Official permissions are taken before the start of the research. The data gathered are evaluated on electronic environment and SPSS 18.0 package programme, and for the evaluation of the data; basic statistical analysis, t-test, One Way Anova, Correlation, and Paired Samples t-test are used.

In the study, 48,7 % of the students are female, 51,3 % are male, and average of age is 11,77±0,92.

In the study, it is found out that post-education first monitoring and post-education second monitoring Health Responsibility (5,035;0,008), Physical Activity (6,284;0,002), Nutrition (5,709;0,004), HLBS II total (6,227;0,003) scores are higher when compared to pre-education scores; post-education first monitoring Interpersonal Relationships (3,145;0,046) and Stress Management (3,058;0,050) scores are higher when compared to pre-education scores.

In the light of all these findings, it is concluded that the education given has positively affected healthy lifestyle behaviors of the students and their physical activities.

**Key Words:** Obesity, Adolescent, Health Behavior Education, Physical Activity



# 1. GİRİŞ

Beslenme; anne karnında başlayarak yaşamın sonlandığı ana kadar devam eden yaşamın vazgeçilmez bir ihtiyacıdır.

İnsanın büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için en önemli unsur gerekli olan besin öğelerini yeterli ve dengeli miktarda alıp vücutta kullanabilmesidir (Korkmaz, 2008).

Günlük yaşamda bireylerin yaşa, cinsiyete, yaptığı işe, genetik ve fizyolojik özelliklerine ve hastalık durumuna göre değişen enerjiye ihtiyaçları vardır. Bireylerin özellikle ergenlerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için, aldığı enerji ile harcadığı enerjiyi dengede tutabilmesi gerekmektedir.

Ergenlik döneminin en önemli özellikleri olan hızlı büyüme, fizyolojik, ruhsal ve sosyal yönden gelişme ve değişimler, ergenin beslenme düzenine ve alışkanlıklarına da yansiyabilmektedir. Ergenlerde yerleşecek yanlış beslenme alışkanlıkları, öğrenme, anlama ve kavrama ile ilgili zihinsel faaliyetleri olumsuz olarak etkileyebileceği gibi obezite ve diğer beslenme sorunlarını da beraberinde getirebilmektedir (Erkan, 2003).

Halk sağlığı hemşireliğinin amaçlarının en önemlilerinden biri bireylerde olumlu davranış değişikliği geliştirmektir. Bu nedenle özellikle toplu yaşam alanlarında ve özellikle de genç nüfusun toplu olarak bulunduğu okullarda konu ile ilgili yapılacak araştırmalar koruyucu sağlık hizmetleri açısından rehber niteliği taşıyacaktır. Türkiye’de okul sağlığı hemşireliği uygulamaları kapsamında obezite ile ilgili yapılacak olan girişimlerin planlanması, bunların olumlu sağlık davranışlarını geliştirme eğitimine yol gösterici olması ve literatüre katkı sağlaması gerekmektedir.

Araştırmamızda; obezite açısından riskli ergenlere verilen olumlu sağlık davranışları geliştirme eğitiminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktivite üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada araştırma kapsamına alınacak obezite riski olan öğrencilerde sağlık davranışlarını geliştirme eğitiminin obeziteden korunmada etkili ve kalıcı olabileceği; ayrıca bireylerde davranış değişikliği eğitiminin

çocukluk ve ergenlik döneminde daha etkili olabileceği düşünülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre, sağlık davranışları geliştirme eğitiminin obezite açısından riskli ergenlerde sağlık bilgileri ve davranışları üzerine etkisinin netlik kazanılabileceği ve bilimsel bilgi birikimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Ergenlik Dönemi

Ergenlik, puberteden önce başlayan ve büyümenin tamamlanmasıyla son bulan biyopsikososyal bir süreçtir ve çocukluktan yetişkinliğin olgunluğuna geçişin, gelecek için hazırlanmanın gerçekleştiği bir büyüme dönemidir (Lawrence ve ark, 2009). Ergenlik dönemi, ilk sekonder seks karakterlerinin kazanılması ile başlayıp erişkin kimliğinin kazanılması ile devam eden bir süreçtir. Bu süreçte kişi fizyolojik, psikolojik, sosyal ve algısal değişiklikler yaşamaktadır (Ünalın ve ark, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ergenlik döneminin 10-19 yaşlar arasında olduğunu bildirmektedir.

Ergenlik döneminin ortalama başlama yaşı kızlarda 10 yaş (ortalama 8-13), erkeklerde 12 yaş (ortalama 9-14); süresi ise kızlarda 3-5 yıl, erkeklerde 3-4 yıldır (Ünalın ve ark, 2007).

Ergenlik homojen olmayıp, kendi içinde aşamaları olan bir süreçtir (Baltacı ve ark, 2008).

Puberte ise sekonder seks karakterlerinin kazanılmasının ardından üreme kapasitesinin kazanılmasını ifade etmektedir. Kızlarda ovulasyonun, erkeklerde ise spermatogenezin başlaması ile karakterizedir (Ünalın ve ark, 2007).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2013) verilerine göre ülkemizde tüm nüfus içindeki 10-15 yaş grubu oranı %9,1, 15-19 yaş grubu oranı ise %8,1'dir.

#### 2.1.1. Ergenlik Döneminde Fiziksel Gelişme

Fiziksel büyüme ve gelişme, ergenlerde belirgin bir hızlanma gösterir ve bu dönemin sonunda erişkin hayattaki antropometrik ölçüm değerlerine ulaşılır. Genel büyüme ile birlikte, iç organ ve salgı bezlerinin büyüklüklerinde; kemik, yağ ve kas kitlelerinde belirgin artış olur. İskelet kitlesi ve kalp, akciğerler, karaciğer, dalak,

böbrekler, pankreas, tiroid, adrenaller, gonadlar, penis ve uterus bu dönemde büyüklük ve ağırlık açısından ikiye katlanır. Beyin gelişimi ve buna bağlı baş ölçümleri ergenlik döneminden önce 10 yaş civarında, erişkin hayattaki büyüklük değerinin %96'sına erişmiş olduğundan ergen dönemdeki büyüme oranı oldukça küçüktür. Üreme sistemindeki büyüme, seksüel olgunlaşma ile birlikte bu dönemde hızla gerçekleşir. Farklı olarak lenfoid dokularda (timus, tonsiller, adenoidler) gerileme olur (Akçan Parlaz ve ark, 2012; Baltacı ve ark, 2006).

Ergen dönemin en belirgin özelliği boy uzaması ve kilo artışıdır. Boy uzama hızı kızlarda 10 yaş, erkeklerde 12 yaş civarında artmaya başlar. Bu dönemde yıllık boy artışı kızlarda 6-8 cm, erkeklerde ise 7-8 cm civarında olmaktadır. Ayrıca bu dönemde kızlar ortalama 16 kg alırken, erkekler 20 kg almaktadır (Ercan, 2008).

Erkeklerde boy ve ağırlık artım hızı doruğu beraber, kızlarda ise ağırlık artım doruğu boydan yaklaşık 6 ay sonra olur (Akçan Parlaz ve ark, 2012).

Erişkin erkek ve kadınlar arasında; ergenliğe girme yaşı, yıllık boy uzama oranı ve ergenlik süresinin farklılığından dolayı ortalama 12 -13 cm boy farkı olur (Özmert ve ark, 2008).

Deri altı yağ dokusu her iki cinste ergenliğin ilk yıllarında azalır. Yağ dokusundaki azalma hızı, boy uzama hızı bu dönemde en yüksek değere ulaşır ve ergenliğin sonlarına doğru kızlarda daha fazla olmak üzere her iki cinste de yağ kitlesinde artış gözlenir. Kas dokusundaki artış hızı; kızlarda menarş, erkeklerde ise boy uzama hızının doruğa ulaşması ile eş zamanlı olarak en yüksek değere ulaşır ve erkeklerde kas dokusu artışı kızlardan daha fazladır (Baltacı ve ark, 2008).

### **2.1.2. Ergenlik Döneminde Cinsel Gelişme**

Ergenlik döneminde oluşan değişiklikler sonucunda, insan vücudu üreme yeteneği kazanır. Ergenlerin cinsel organlarını tanıması, işleyişini bilmesi, hem yaşayabileceği yersiz korkuların, güvensizliğin ve endişelerin yok edilmesi açısından; hem de eğer varsa problemlerin erken tanı ve tedavisine girilmesi açısından son derece büyük önem taşır (Özmert ve ark, 2008).

### **2.1.2.1. Ergenlik döneminde kızlarda cinsel değişimler**

Kızlarda cinsel gelişimin ilk bulgusu göğüslerin büyümesidir. Kızlarda göğüslerin gelişimi (telarş) ortalama 10 - 11 yaşlar arasında başlamaktadır. Göğüs gelişimini takip eden ortalama 6-12 ay sonra pubik kıllanma (pubarş), 2 - 2,5 yıl sonra da menarş başlar. Tam göğüs gelişimi ortalama 3-4 yılda, genellikle 14 yaş civarında tamamlanmaktadır. Kızlarda cinsel olgunlaşmanın en belirgin bulgusu ilk adet kanamasıdır (menarş) ve ortalama 12,8 (11- 13) yaş civarında başlamaktadır. Başlangıçta menstruasyon düzensiz ve ağrılıdır. Bu süreç ortalama 1 - 2 yıl sürmektedir (Abacı ve Büyükgebiz, 2011; Akçan Parlaz ve ark, 2012).

Overler, uterus, vajina, labialar büyür ve olgunlaşır. Overler giderek artan miktarda hormon (östrojen ve progesteron) salgılamaya başlar (Pekcan, 2006).

### **2.1.2.2. Ergenlik döneminde erkeklerde cinsel değişimler**

Erkeklerde cinsel gelişimin ilk bulgusu testis hacminin artmasıdır. Erkeklerde testiküler volüm artışı ortalama 12 yaş (9,5-13) civarında başlamaktadır. Bu büyümeyi takiben skrotum derisi incelik ve penis boyunda artış gözlenir. Daha sonra cinsel bölgede kıllanma başlar. Koltuk altı ve yüzde bıyık ve sakal çıkması cinsel bölgedeki kıllanmadan yaklaşık iki yıl sonra görülür. İlk boşalma penisin büyümeye başlamasından yaklaşık bir yıl sonra olur. Ayrıca androjenlerin larinkse etkisiyle ses değişikliği meydana gelir (Pekcan, 2006; Özmert ve ark, 2008; Abacı ve Büyükgebiz, 2011).

### **2.1.3. Ergenlik Döneminde Psikososyal Gelişme**

Birçok değişimin aynı zamanda yaşandığı ergenlik dönemi hızlı bir büyüme ve gelişme sürecini içermektedir. Her ergen için aynı psikososyal gelişimi tanımlamak mümkün değildir. Ergenlik dönemi zor geçen bir dönem olmasına rağmen, birçok ergen bu zorluklarla baş edebilir. Ancak bazıları baş etme konusunda sıkıntı yaşayabilir (Özmert ve ark, 2008).

Hızlı bir büyüme ve gelişmenin olduğu ergenlik dönemi erken, orta ve geç ergenlik olmak üzere üç evreden oluşmaktadır (Hatipoğlu , 2013).

#### **2.1.3.1. Erken ergenlik dönemi (10-13 yaş)**

Erken ergenlik döneminde; fiziksel ve cinsel gelişimin başlaması ile oluşan değişimlerin beraberinde psikososyal değişimler de gözlenmektedir. Ergen, bu dönemde temel olarak fiziksel değişimleri özümsemeye ve bağımsızlık için mücadele etmeye çalışır. Kız ergenlerin fiziksel ve cinsel gelişimi erkek ergenlere göre daha erken başladığı için psikososyal ve duygusal değişimleri de bir iki yıl önce ortaya çıkar (Özmert ve ark, 2008). Ergenler bu dönemde ayna karşısında uzun vakit geçirirler, aynı cinsiyetten kişilerle yakın arkadaşlıklar kurma eğilimi fazladır, soyut düşünebilme yeteneği gelişmeye başlar, duygusal dalgalanmalar sık görülür (Özmert ve ark, 2008; Derman, 2008).

#### **2.1.3.2. Orta ergenlik dönemi (14-16 yaş)**

Bu dönemde ergenlerin duyguları daha yoğun olup büyük amaçlar belirlerler. Akranların etkisi, arkadaş grupları daha fazla önem kazanır. Bu dönemde görünüm, giyim tarzı ve davranışlarının akranları tarafından onaylanması ergenler için önemlidir. Arkadaşlar tarafından kabul görme önemli olduğu için de okul davranışları, devamlılık ve devamsızlık, madde kullanımı gibi davranışlar yakından takip edilmelidir (Özmert ve ark, 2008; Hatipoğlu , 2013).

Olgunlaşma ve öğrenmenin etkisiyle uyum becerilerini daha iyi kullanabilirler. Soyut düşünebilir ve çevresel uyaranlara, düşünerek tepki verebilir, bilişsel gelişim tamamlanır. Cinsel kimlik gelişmiştir ve karşı cinse ilgi duyma, tanımaya çalışma önem kazanır. Anne babadan farklı birey olma ve bu durumu onlara kabul ettirme isteğinden dolayı çatışmalar ortaya çıkabilir. Kendi kararlarını verebilir. Bağımsızlık istekleri doğrultusunda aile bireyleri ile ergen arasında değişik tartışmalar ortaya çıkabilir. Ne yapmaları gerektiğinin söylenmesinden aşırı rahatsız olabilirler (Özmert ve ark, 2008; Derman, 2008; Hatipoğlu, 2013).

### **2.1.3.3. Geç ergenlik dönemi (17-19 yaŖ)**

Bu dönem, kimlik geliŖimi ve ayrılma için gösterilen çabanın son dönemidir. Akademik ve sanatsal arayıŖların olduğu, sosyal bağların ergenin kendini daha iyi tanımlamasını ve kendisini bir topluluğa ait hissetmesini sağladığı dönemdir. SakinleŖme ve tekrar aileye bağlanma görülebilir. Ergenler eğer erken ve orta ergenlikte destekleyici bir aile ve arkadaŖ grubuna sahipse bu dönemi de baŖarı ile geçirir ve eriŖkin dönem için sorumluluklarını stelenebilir. Bu döneme kadar kazanılmıŖ duygular ve davranıŖlar harmanlanarak sentezlenir ve kimlik duygusu ortaya çıkar (Derman, 2008; Hatipoğlu, 2013).

Sonunda ergen; kimlik duygusu edinme, yakın iliŖkiler kurabilme, kendine iŖ ve eŖ seçebilme gibi becerileri kazanır ve toplum içinde eriŖkin rollerini üstlenecek sorumluluğa sahip olarak eriŖkinlik dneimine geçer (Baltacı ve ark, 2008; Derman, 2008).

### **2.1.4. Ergenlik Döneminde BiliŖsel GeliŖme**

BiliŖsel geliŖim bireylerdeki dŖnme, akıl yürütme, bellek ve kavrama sistemlerinde meydana gelen deėiŖmelerdir. Ergenlerdeki biliŖsel olgunlaŖma, beynin yürütücü iŖlevleri arasında sayılan çok eŖitli becerinin geliŖmesini içerir. Bunların arasında arkadaŖ iliŖkilerinde, sosyal ortamlarda ve bilimsel konularda somut dŖnceden soyut dŖnceye geiŖ ve kendini değerlendirme, düzenlemede yeni beceriler edinilmesi yer alır (Akçan Parlaz ve ark, 2012).

Bu dönemde görülen en belirgin özellik bireyin dŖnce süreçlerinin deėiŖerek gittikçe geleceğe ve soyut dŖncelere doğru yönelmesidir. Soyut kavramları anlama, sorgulama döneminde olan ergenin ilgi alanlarında da bazı deėiŖimler meydana gelmektedir. Bunun sonucunda ergen cinsellik, din ve ahlak gibi konularda kendilerine ait bir takım değerler edinmeye baŖlamaktadır. Analiz, sentez ve değerlendirme alıŖkanlıėı geliŖen ergenin özellikle problem çözme durumunda sahip olduğu bu becerileri kullanarak ve tüm deėiŖkenleri göz önüne alarak, neden sonuç iliŖkisi kurabildiği ve uygun olanı belirleyebildiği grlmektedir (Yapıcı ve Yapıcı, 2006).

## **2.2. Obezite**

Dünya Sağlık Örgütü'nün (2015) tanımına göre aşırı kiloluluk ve obezite; vücutta sağlık açısından risk oluşturan anormal ya da fazla yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2015) internet sayfası bilgilerine göre obezite; besinlerle alınan enerjinin (kalori) harcanan enerjiden fazla olması ve fazla enerjinin vücutta yağ olarak depolanması (%20 veya daha fazla) sonucu ortaya çıkan, yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkileyen bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Günlük alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması durumunda, harcanamayan enerji vücutta yağ olarak depolanmakta ve obezite oluşumuna neden olmaktadır.

### **2.2.1. Obezitenin Önemi**

DSÖ' nün (2015) verilerine göre çocukluk çağında obezite 21. yüzyılın en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Sorun, küresel ve özellikle kentsel ortamlarda, birçok düşük ve orta gelirli ülkeleri etkilemektedir. Yaygınlığı ise endişe verici bir oranda artmaktadır. Aşırı kilolu ve obez çocukların genç yaşta diyabet ve kalp-damar hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklara yakalanma olasılığı daha yüksektir. Aşırı kilo ve obezite, hem de bunlarla ilişkili hastalıklar, büyük ölçüde önlenabilir hastalıklardır.

Bunun yanında hareketsiz yaşam tarzı, sosyal ve çevresel nedenler, yanlış beslenme alışkanlıkları ve psikolojik faktörlere bağlı olarak gelişen obezite önemli bir sorundur. Boş zamanlarını bahçe veya sokakta oynayarak geçirmesi beklenen çocuklar, günümüz teknolojisindeki gelişmeler nedeni ile zamanlarını televizyon ve bilgisayar başında geçirmektedirler. Ayrıca beslenme alışkanlıklarındaki değişim ergen dönemde obezitenin gittikçe artmasına neden olmaktadır. Obezite önlenmesi gereken ciddi bir halk sağlığı sorunudur (Güler ve ark, 2009).



## 2.2.2. Obezitenin Sınıflandırılması

Erişkin obezitesindeki artış kadar önemli bir artış da çocukluk ve ergen döneminde görülmektedir. Obezite pek çok etiyolojik faktörlere bağlı olabilir. Obezite iki ana başlıkta sınıflandırılabilir (Ersoy ve Çakır, 2007).

### 2.2.2.1. Eksojen obezite

Bu tip obezite dengesiz beslenmeye bağlı olarak gelişir. Eksojen obezite, alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki dengesizlikten dolayı oluşmuş ise de; bunun meydana gelmesinde bazı etiyolojik nedenlerin etkili olmasından kaynaklanır (Güler ve ark, 2009).

Bunlar şu şekilde sıralanabilir;

#### **Genetik faktörler**

Obezite oluşumunda genetik etmenlerin %25-80 oranında rol oynadığı düşünülmektedir. Ailedeki obezite durumu çocukluk çağı obezitesinde risk kaynaklarından birisidir. Obezite-aile ilişkisi çocuğu hem genetik hem de çevresel olarak etkilemektedir (Köksal ve Özel, 2008).

Obezite genetiği ile ilgili olarak son 10 yıl içerisinde insan obezitesi gen haritalarının çıkarılması toplumda sıklıkla karşılaşılan obezitenin gen-gen, gen-çevre ilişkisi içerisindeki poligenik yapısını ortaya koymuştur. Ancak obeziteye neden olan genler tam anlamıyla keşfedilememiş sadece yatkınlık oluşturan gen lokusları tanımlanabilmiştir. Tanımlanan 50 lokustan ise 32'sinin beden kitle indeksi (BKİ) ile ilişkisi gösterilmiştir. Bu lokuslardan en iyi bilineni ve BKİ ile ilişkisi en kuvvetli olanı 16. kromozom üzerinde yer alan "Fat mass and obesity associated" (FTO) genidir. Tek bir FTO allelinin varlığında bile obezite riski 1,2 kat; BKİ'sindeki artış ise 0,39 kg/m<sup>2</sup>'dir. Ancak BKİ'sindeki fazlalık olguların sadece %0,34'ünde bu gen lokusunun varlığı ile açıklanabilmiştir (Yüce ve Bideci, 2015).

## **Yaş**

Obezite her yaşta görülmekle birlikte vücut yağ dokusunun fizyolojik olarak en yüksek olduğu süt çocukluğu ve ergenlik dönemlerinde daha sık görülmektedir. Süt çocukluğu dönemi sonunda yürümenin başlaması, ergenlik döneminde ise hızlı büyüme nedeni ile artan enerji ihtiyacından dolayı yağ dokusundaki azalma dikkat çekmektedir (Menteş ve ark, 2011).

## **Cinsiyet**

Vücut ağırlıklarına bakıldığında kadınlar erkeklere göre daha fazla yağ dokusu içermektedir. Bu durum gebelik ve doğumdan kaynaklanabildiği gibi, östrojenin yağ dokusunu arttırıcı etkisinden de kaynaklanmaktadır (Parlak ve Çetinkaya, 2007).

## **Beslenme alışkanlıkları**

Çocuk ve ergenlerde dengesiz ve bilinçsiz beslenme sonucunda aşırı kilo meydana gelebilmektedir. Beslenme alışkanlıklarına bağlı obezitede en önemli faktör hızlı ve fazla yeme davranışıdır. Çünkü yağ depolanması hızlandıkça yağ hücrelerinin oluşum hızı ve sayısı artmaktadır. Ailenin beslenme tarzı, öğün sayısı, tüketilen besinlerin içeriği obezitenin oluşumunda etkilidir (Parlak ve Çetinkaya, 2007; Mentş ve ark, 2011).

## **Fiziksel aktivite**

Obezite sedanter yaşam tarzı ile yakından ilişkilidir. Bilim ve teknolojiye gelişmeler bireylerin yaşamını kolaylaştırmakla birlikte sedanter yaşam tarzını da beraberinde getirmektedir (Akkurt, 2015).

Yetersiz egzersiz ve sedanter yaşam tarzı hem çocukluk döneminde hem de ergenlik döneminde obezitenin oluşmasını sağlayan en önemli faktörlerden biridir. Ergenlik döneminde fiziksel aktiviteyi kısıtlayan en önemli faktörlerden biri de televizyon izlerken ve bilgisayar başındayken besin tüketimidir (Güler ve ark, 2009).

## **Sosyo-ekonomik ve kültürel düzey**

Yapılan araştırmalarda obezitenin gelişmiş ülkelerde sosyoekonomik durumu düşük, gelişmekte olan ülkelerde ise sosyoekonomik durumu yüksek olan bölgelerde daha sık olduğu gösterilmiştir. Şiddetli obezite ise sosyoekonomik durumdan bağımsızdır. Beslenme biçimi ve beslenme alışkanlığı olarak yüksek kalorili yiyeceklerle beslenen çocuklarda eksojen obezite daha kolay gelişmektedir (Babaoğlu ve Hatun, 2002).

## **Psikolojik faktörler**

Obezite ile psikolojik faktörler arasında bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Aile içi olumsuz ilişkiler, arkadaşları ile yaşanan sorun, derslerdeki başarısızlık gibi durumların meydana gelmesi, çocukların ruhsal yapısını etkileyerek onları aşırı derecede yemeye doğru yönlendirebilmektedir (Babaoğlu ve Hatun, 2002). Bazı çocuklarda psikolojik sorunlara tepki olarak aşırı iştahsızlık, bazılarında ise aşırı yeme şeklinde ortaya çıkabilir. Bu nedenle ergenlik döneminde ortaya çıkan obezitenin psikolojik bozukluklar nedeni ile daha da artması mümkün olabilir (Parlak ve Çetinkaya 2007; Güler ve ark, 2009; Menteş ve ark, 2011).

### **2.2.2.2. Endojen Obezite**

Hormonal veya genetik bir bozukluğa bağılı olarak gelişen, sıklıkla altta yatan bir sebebi olan obeziteye sekonder veya endojen obezite denir (Güler ve ark, 2009). Bunlar:

#### **A. Endokrin nedenler**

- Hipotalamik bozukluklar
- Cushing sendromu
- Hipotiroidizm
- Büyüme hormonu eksikliği
- Psödohipoparatiroidizm
- İnsülinoma, hiperinsülinizm
- Polikistik over
- Hipoganadal sendromlar

## **B. İlaçlar**

- Glikokortikoidler
- Amitriptilin
- Fenotiazin
- Östrojen, progesteron
- Lityum

## **C. Genetik sendromlar**

- Turner sendromu
- Prader-Willi sendromu
- Bardet-Biedl sendromu
- Cohen sendromu
- Carpenter sendromu
- Down sendromu

### **2.2.3. Obezitenin Ölçüm Yöntemleri**

Obezitenin ölçümünde vücuttaki yağ dokusu ile yağsız doku oranları belirlenmektedir. Vücuttaki yağın ölçümü direkt ve indirekt olmak üzere iki ana başlık altında yapılmaktadır (Akbulut ve ark, 2007; Güler ve ark 2009). Bunlar:

#### **2.2.3.1. Vücuttaki yağın direkt ölçümü**

- Bioelectrical Impedans Assay (BIA)
- Vücut Dansitesinin Hesaplanması
- Toplam Vücut Suyunun İzotop Dilüsyonu ile Saptanması
- Toplam Vücut Potasyumunun Ölçülmesi
- Dual Enerji Absorbsiyonu Ölçülmesi (DXA)
- İletkenliğin Saptanması
- Nötron Aktivasyonu
- Görüntüleme Yöntemleri

Vücuttaki yağın direkt ölçüm yöntemlerinin kullanımı, yaygın olarak kullanılmamakta, bilimsel çalışmalarla sınırlı kalmış durumdadır. Bu yöntemler yaygın kullanımda pratik ve ekonomik olmadığı gibi, birçoğunun çocuk yaş grubunda kullanımı uygun değildir. Obezite yaygın bir sorun olduğu için değerlendirmede kullanılan metodun; ucuz, güvenilir, kolay tekrar edilebilir, yaygın olması önemlidir (Günöz, 2001; Akbulut ve ark, 2007; Güler ve ark, 2009).

### 2.2.3.2. Vücuttaki yağın indirekt ölçümü

Antropometrik ölçümler hızlı, ekonomik, pratik, kolay uygulanabilir olduğundan dolayı obezitenin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan yöntemdir. Tek bir ölçüm ile belirlenmiş standartlara göre; yaşa göre ağırlık, yaşa göre boy uzunluğu, yaşa göre baş çevresi, deri kıvrım kalınlıkları değerlendirilmektedir (Günöz, 2001; Akbulut ve ark, 2007). En sık kullanılan yöntemler:

**Deri kıvrım kalınlığı:** Obezitede yağın bir kısmı deri altında toplanmaktadır. Deri altı yağ dokusunu belirlemek için deri kıvrım kalınlığı ölçümü yapılmalıdır. Kaliper yardımı ile ölçülen triceps, biceps, subscapula ve suprailiac deri kıvrım kalınlıkları yetişkinlerde vücut yağının hesaplanmasında kullanılmaktadır. Çocuklarda ise sadece triceps deri kıvrım kalınlığı ölçümünün yaşa ve cinsiyete göre standartlarla karşılaştırılması, vücut yağının tahmininde yardımcı olabilmektedir (Köksal ve ark, 2008).

**Çevre ölçümleri:** Çevre ölçümleri ile vücut dansitesi, yağsız vücut dokusu, adipoz doku kitlesi, total vücut protein kitlesi ve enerji depoları tespit edilir. En sık olarak üst orta kol, bel (abdominal), kalça, uyluk ve baldır çevreleri kullanılır (Güler ve ark, 2009).

**Boya göre ağırlık (Rölatif ağırlık):** Çocuk ve ergenlerde obezite değerlendirilirken boyu, kilosu ve yaşına göre ideal ağırlığı karşılaştırılmaktadır. İdeal ağırlık çocuğun yaşınının 50. persentildeki boya göre, 50. persentildeki ağırlığıdır. İdeal ağırlığın değerlendirilmesinde her ülkenin kendi standartlarınının kullanılması önerilmektedir. Rölatif ağırlığın % 120'nin üzerinde olması obezite olarak değerlendirilir (Köksal ve ark, 2008; Güler ve ark, 2009; Menteş ve ark, 2011).

Hastanın ölçülen ağırlığı (kg)

$$\text{Rölatif ağırlık} = \text{-----} \times 100$$

İdeal ağırlık (Boya uyan 50. persentil) (kg)

### Şekil 1. Rölatif Ağırlık Hesaplama Formülü

Kaynak: (Köksal ve ark, 2008; Güler ve ark, 2009; Mentеш ve ark, 2011)

**Beden kitle indeksi (BKİ):** Kilo durumunun saptanmasında ağırlık ve boy uzunluğuna dayalı pek çok oran bulunmaktadır. Bunlardan en yaygın ve pratik olarak kullanılanı beden kitle indeksi (BKİ)'dir. Ağırlığın boyun karesine bölünmesi ile hesaplanır (Ağırlık(kg)/boy<sup>2</sup>(m<sup>2</sup>)). BKİ yetişkinlerde ve çocuklarda farklı standartlara göre değerlendirilmektedir. Çocuklarda yaşla birlikte standartlar değişkenlik gösterdiğinden dolayı dikkatli kullanılmalıdır (Köksal ve ark, 2008).

Bu bağlamda Neyzi ve ark'nın (2008) Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu, Baş Çevresi ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri kullanılabilir.

Erkek								Kız							
5	15	25	50	75	85	95	Yaş	5	15	25	50	75	85	95	
11.4	12.2	12.7	13.7	14.6	15.2	16.1	Doğum	11.4	12.2	12.6	13.5	14.4	14.9	15.8	
14.4	15.3	15.8	16.9	18.0	18.6	19.7	3 ay	13.9	14.8	15.3	16.3	17.3	17.9	18.9	
15.0	15.9	16.5	17.5	18.6	19.2	20.3	6 ay	14.7	15.4	15.9	16.9	18.0	18.6	19.7	
15.1	16.0	16.5	17.5	18.6	19.3	20.4	9 ay	14.8	15.5	16.0	17.0	18.0	18.6	19.8	
14.9	15.7	16.2	17.2	18.3	18.9	20.0	12 ay	14.6	15.3	15.7	16.6	17.7	18.2	19.4	
14.7	15.5	16.0	17.0	18.0	18.6	19.7	15 ay	14.5	15.1	15.6	16.4	17.4	18.0	19.1	
14.5	15.3	15.7	16.7	17.7	18.3	19.3	18 ay	14.2	14.9	15.3	16.2	17.1	17.7	18.8	
14.3	15.0	15.4	16.3	17.3	17.9	19.0	2yaş	14.0	14.6	15.1	15.9	16.9	17.4	18.5	
14.2	14.8	15.3	16.2	17.2	17.7	18.8	2.5yaş	13.9	14.6	15.0	15.8	16.7	17.3	18.3	
13.9	14.6	15.0	15.9	17.0	17.6	18.7	3 yaş	13.8	14.4	14.8	15.5	16.4	17.0	17.9	
13.8	14.5	14.9	15.8	16.8	17.4	18.5	3.5 yaş	13.7	14.3	14.7	15.5	16.4	17.0	18.0	
13.7	14.4	14.8	15.7	16.7	17.3	18.4	4 yaş	13.6	14.2	14.6	15.4	16.4	17.0	18.1	
13.6	14.2	14.7	15.6	16.6	17.2	18.4	4.5 yaş	13.5	14.2	14.6	15.4	16.5	17.1	18.2	
13.5	14.2	14.6	15.5	16.5	17.1	18.3	5 yaş	13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.2	18.5	
13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.1	18.4	5.5 yaş	13.4	14.0	14.5	15.5	16.6	17.3	18.8	
13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.2	18.5	6 yaş	13.3	14.0	14.5	15.5	16.7	17.5	19.1	
13.6	14.3	14.7	15.7	16.9	17.6	19.1	7 yaş	13.3	14.0	14.5	15.6	16.9	17.8	19.7	
13.8	14.5	15.0	16.1	17.4	18.2	19.9	8 yaş	13.4	14.2	14.7	15.9	17.4	18.4	20.4	
14.0	14.8	15.3	16.5	18.0	19.0	21.0	9 yaş	13.6	14.5	15.1	16.4	18.1	19.2	21.5	
14.1	15.1	15.7	17.1	18.9	20.1	22.5	10 yaş	13.9	14.9	15.6	17.1	19.0	20.2	22.6	
14.6	15.8	16.5	18.2	20.4	21.7	24.5	11 yaş	14.5	15.6	16.4	18.0	20.0	21.3	23.8	
15.2	16.5	17.4	19.3	21.7	23.1	26.0	12 yaş	15.3	16.5	17.3	19.0	21.1	22.3	24.8	
15.6	17.0	18.0	19.9	22.3	23.7	26.5	13 yaş	16.3	17.5	18.3	19.9	21.9	23.1	25.4	
16.4	17.7	18.6	20.5	22.8	24.2	27.0	14 yaş	17.1	18.3	19.0	20.6	22.5	23.6	25.8	
17.2	18.5	19.4	21.2	23.4	24.8	27.6	15 yaş	17.7	18.8	19.5	21.0	22.8	23.9	26.0	
18.0	19.3	20.1	21.9	24.1	25.4	28.2	16 yaş	18.1	19.1	19.8	21.2	23.0	24.0	26.1	
18.7	19.9	20.7	22.5	24.7	26.1	28.8	17 yaş	18.5	19.5	20.1	21.5	23.1	24.2	26.2	
19.2	20.5	21.3	23.1	25.2	26.6	29.4	18 yaş	19.0	19.9	20.5	21.8	23.3	24.3	26.1	

### Şekil 2. Türk Çocuklarına Özgü Beden Kitle İndeksi Persentil Değerleri (kg/m<sup>2</sup>)

(Kaynak: Neyzi ve ark, 2008)

#### **2.2.4. Obezitenin Komplikasyonları**

Çocukluk ve ergenlik döneminde iskelet, solunum ve kardiovasküler sisteme ait veya psikolojik bir çok komplikasyon obeziteye bağlı gelişebilir. Obezitenin büyüme üzerine bir çok etkisi vardır. Obez çocukların boyca daha uzun ve kemik yaşlarının fazla olması beklenir. Fakat ergenliğin ileri yıllarında obez bireylerin epifizleri daha önce kapandığı için boyları obez olmayan bireylere göre daha kısa kalır. Obezlerin yağsız vücut kitlesi de artar ve obez olmayanlara göre daha erken menarş olurlar. Artan ağırlık iskelet sisteminde, tibianın eğrilmesine (Blount hastalığı) veya femur başı epifiz kaymasına neden olur. Kardiovasküler risk faktörleri olarak artan kan basıncı, bozulan lipid düzeyi ve glukoz toleransı görülür. Ergenlik dönemindeki obez kızlarda polikistik over sendromu da sık görülen problemlerden biridir (Baltacı ve ark, 2008).

Bu dönemde ayrıca obezite ile ilgili olarak özgüven kaybı, yaşlıları ile ilişkilerden kaçınma, içe kapanma, sürekli dışlanma hissi gibi psikolojik sorunlar da yaşanmaktadır (Dişçigil, 2007).

#### **2.2.5. Obeziteden Korunma**

Çocukluk ve ergenlik çağı obezitesinin giderek halk sağlığını tehdit eden bir problem olarak karşımıza çıkması, toplumu obeziteden korumaya yönelik müdahaleleri gündeme getirmektedir (Ergül ve Kalkım, 2011).

Ülkemizde kilolu çocuk sağlıklı çocuk algısı vardır. Bu konuda aileler hem bireysel hem de toplumsal araçlarla bilgilendirilmelidir. Kilolu bir çocuğun sağlıklı olmadığı algısı toplumda yerleştirilmeli, çocuk ve aileler değerlendirilerek, obezite açısından riskli gruplar belirlenmeli ve bu aileler yakından izlenmelidir (Bozdemir ve Kurdak, 2015).

Bu konuda özellikle birinci basamakta görev alan sağlık çalışanlarına önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir. Obeziteden korunmaya yönelik müdahaleler birincil, ikincil ve üçüncül korunmadan oluşmaktadır (Ergül ve Kalkım, 2011).

Birincil koruma, toplumdaki tüm bireylerin yaşa göre uygun kiloda olmalarını ve BKİ'lerini azaltmayı amaçlayan müdahalelerdir. İkincil koruma, riskli bireylere yönelik

(ailesinde obez, tip 2 diyabet öyküsü olan vb.) müdahalelerdir. Bu müdahalelerin amacı, fazla kilo alımından korunmaya yönelik bireysel yeterliliği arttırmak ve olumlu sağlık davranışlarını geliştirmektir. Üçüncül koruma ise, fazla kilolu ve obez bireylerin mevcut kilosunu azaltmak ve daha fazla kilo alımını önlemek amacıyla gerçekleştirilen uygulamaları kapsamaktadır (Müller ve ark 2001).

Çocuk ve ergenlerde obezitenin önlenmesinde **5+2+1** kuralı önerilmektedir. Gün içinde en az **5** çeşit sebze veya meyve tüketilmeli, akademik çalışmalar (ödev, proje vb) dışında geçen hareketsiz süre **2** saati geçmemeli, günde en az **1** saat fiziksel harekette bulunulmalıdır (Keleş, 2013).

Obeziteden korunma, perinatal dönemden başlayarak yaşamın tüm aşamalarında devam etmelidir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde obeziteden korunmaya yönelik müdahalelerde bulunmalıdır (Ergül ve Kalkım, 2011). Bu müdahaleler;

#### **Çocukluk dönemindeki müdahaleler**

- Ergenlik dönemi öncesi yağ dokunun aşırı gelişmesini önleme
- Beslenme eğitimi verme
- Günlük fiziksel egzersizi destekleme
- Kilo artışını izleme

#### **Ergenlik dönemindeki müdahaleler**

- Ergenleri gelişme atağından sonra oluşabilecek fazla kilo alımından koruma
- Günlük fiziksel aktivitenin devamlılığını sağlama
- Kilo artışını izleme
- Fazla kilolu ergenleri obezite sonucu oluşabilecek hastalıklardan koruma



Müdahalelerin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesinde sağlık çalışanlarının, aile üyeleri ve okul ile işbirliği yapması oldukça önemlidir (Ergül ve Kalkım, 2011). Yapılacak müdahaleler aşağıdaki başlıklar altında değerlendirilebilir.

#### **2.2.5.1. Beslenme eğitimi**

Obezitenin önlenmesi için yanlış beslenme ve öğün uygulamalarının düzeltilmesi gerekmektedir. Çocuk, ergen ve ailelerine yönelik günlük kalori alımı, yeterli ve dengeli beslenme, sağlığa yararlı yiyecekler ile ilgili eğitim verilmelidir. Verilen eğitimde hangi gıdaların karbonhidrat ve yağdan zengin olduğu, hazır gıdaların ve kalori bakımından zengin "abur cubur" yiyeceklerin sağlığa zararı, taze meyve, sebze, gibi posalı yiyeceklerin ve kuru baklagillerin alınmasının önemi vurgulanmalıdır. Hızlı yemek yeme alışkanlığının değiştirilmesi ve gece yatmadan önce yüksek kalorili yiyeceklerin alınmaması gerektiği anlatılmalıdır. Ayrıca ana ve ara öğünlerde çocuklara çekici gelen sağlıksız besinler yerine sağlıklı besin seçeneklerinin sunulması gerektiği belirtilmelidir (Pyle ve ark, 2006).

#### **2.2.5.2. Fiziksel aktivitenin desteklenmesi**

Obezitenin önlenmesi için fiziksel aktivitenin düzenlenmesi son derece önemlidir. Bu kapsamda çocuğun gün içerisinde uzun süre hareketsiz kalmasına neden olan televizyon izlemesi ya da bilgisayar oyunu oynaması gibi aktiviteler kısıtlanmalıdır. Ebeveynler çocuklarını yürümeye, okul ve okul dışında sportif faaliyetlere katılmaya teşvik etmelidir (Pyle ve ark, 2006).

Çocuk ve aile eğitimine ek olarak, okullarda öğrencilere ders programları içinde fiziksel aktivite için yeterli zamanın ayrılması, öğrencilerin bu aktiviteleri gerçekleştirebilecek uygun aktivite alanlarının sağlanması ve tatil dönemlerinde de bu alanları rahatlıkla kullanabilmeleri için müdahaleler son derece önemlidir (Chan, 2008; Ergül ve Kalkım, 2011).

### **2.2.5.3. Aile ile işbirliği**

Obeziteden korunmayla ilgili uygulamalara ailelerin katılmaları ve desteklemeleri, müdahalelerin başarısında etkilidir (Chan, 2008). Uygulamalar aile hazır olduğunda başlatılmalı ve öncelikle obezite ve obezitenin tıbbi komplikasyonları hakkında çocuğa ve aileye bilgi verilmelidir. Bilgilendirme sonrası aileye çocuğun boy ve kilosunun takibi öğretilmeli, çocuğun beslenmesinin ve fiziksel aktivitesinin değerlendirilmesinin gereği anlatılmalıdır. Aynı zamanda ebeveynlerin çocuğun olumlu davranışlarını pekiştirmeye yönelik ödül verme ve övme davranışlarında bulunmalarının çocuğun olumlu beslenme davranışı kazanmasında önemli olduğu vurgulanmalıdır (Pyle ve ark, 2006; Ergül ve Kalkım, 2011).

### **2.2.5.4. Okul ile işbirliği**

Çocukların zamanının büyük bir kısmı okulda ve okul içi aktivitelerde geçmektedir. Bu nedenle okul ortamı, çocukların kendi kendine yeme alışkanlıklarını kazandıracak, sağlıklı yeme alışkanlıklarını geliştirecek nitelikte olmalı ve fiziksel aktivite olanaklarını buldurmalıdır (Chan, 2008).

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan Türkiye Çocukluk Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014) kapsamında öğretmen ve öğrencilerin yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite konularında bilgilendirilmesi, üniversitelerde gençlerin fiziksel aktivite, spor faaliyetleri ve sosyal aktivitelere yönlendirilmesi, okullarda verilen beslenme hizmetlerinde denetimlerin etkin şekilde yürütülmesi ve standardizasyonunun sağlanması gibi stratejilere yer verilmiş ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir.

### **2.2.6. Obezitede Tedavi**

Obezite tanısı kolay konulabilen ancak tedavisi zor hastalıklardan biridir. Obezite tedavisi, bireyin kararlılığını ve etkin olarak katılımını gerektiren uzun bir süreçtir. Obeziteye bir çok faktörün neden olması, hastalığın önlenmesi ve tedavisini güç ve karmaşık hale getirmektedir (Ergül ve Kalkım, 2011).

Obezite tedavisinde ana ilke; alınan enerji ile tüketilen enerjinin dengelenmesi ve bu dengenin o birey için uygun vücut ağırlığını gösteren rakamlar çerçevesinde tutulmasıdır (Ergül ve Kalkım, 2011). Obezite tedavisinde farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bunlar diyet, egzersiz, davranış değişikliği, ilaç ve cerrahi tedavidir (Akbulut ve ark, 2007; Güler ve ark, 2009; Menteş ve ark, 2011; Tam ve Çakır, 2012).

### **2.2.6.1. Diyet**

Obezite tedavisinin en önemli ögesi olan diyet programlarının çoğu genel olarak kalori alımının stabilize edilmesi, yağ alımının azaltılması ve yeme alışkanlıklarının yeniden doğru olarak düzenlenmesini içerir. Tedavinin başlangıcında çocuk, ergen ve ebeveyn, obezite ve sakıncaları konusunda bilgilendirilir, bireyin tanısı, yaşına göre olması gereken ağırlık ve boy uzunluğu ile tedavi süresi belirlenir, hızlı zayıflamaya neden olan moda diyetlerin sakıncaları anlatılarak tedavi için ikna edilir (Köksal ve ark, 2008).

Bireyin aile yapısı, sosyo-ekonomik ve kültürel durumu, ailenin beslenme alışkanlıkları ve hatalı uygulamaları, besin hazırlama ve pişirme yöntemleri, daha önce diyet uygulayıp uygulamadığı, uyguladı ise başarısızlık nedenleri, varsa aldığı harçlık miktarı ve harcama şekli ayrıntılı bir öykü alınarak saptanır. Bu bilgiler yardımı ile bireyin yaşına uygun, kabul edilebilir bir diyetin düzenlenmesi ve hatalı beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi sağlanır (Köksal ve ark, 2008).

### **2.2.6.2. Egzersiz**

Obez bireyler az hareket etme eğiliminde olan kimselerdir. Çok kısıtlı diyetlerle hızlı kilo verdirirken ağır egzersiz yaptırmak doğru değildir. Bu dönemde bireyin yaşına, yaşantısına, mevcut hastalıklarına ve fizik durumuna uygun egzersizler (yürüyüş, yüzme) önerilmelidir. Obezite tedavisinde egzersiz bir alışkanlık haline getirilirse; hastanın kilo vermesinde, kilonun korunmasında, komplikasyon riskinin azalmasında önemli fayda sağlar. Egzersiz ile yağ kaybı artarken, yağsız doku kitlesi korunur, kan basıncı ve kolesterol düzenlenir. Böylece egzersiz uzun süreli kilo kontrolünde etkili olup, obezitenin relapsını azaltır (Babaoğlu ve Hatun, 2002; Ergül ve Kalkım, 2011; Güçlü, 2013).

### 2.2.6.3. Davranış tedavisi

Davranış değişikliği tedavisinin amacı obez bireylerin yeme alışkanlıklarını, aktivitelerini, düşünme biçimlerini olumlu yönde değiştirmektir. Davranışsal yaklaşımların temelinde bireyin kendi disiplinini sağlaması yer alır. Tedavi planı genellikle kendi kendini gözlemlene, uyaran kontrolü, alternatif davranış geliştirme, pekiştirme, kendi kendini ödüllendirme, kognitif yapılanma ve sosyal destek olmak üzere çeşitli basamaklardan oluşur (Babaoğlu ve Hatun, 2002; Ergül ve Kalkım, 2011).

Obez bireylere, asansör yerine merdiven kullanmaları, otobüs veya minibüslerden gidecekleri yere gelmeden bir durak önce inmeleri, alışveriş merkezleri gibi yerlerde araçlarını en uzağa park etmeleri, çocuklara bir şey başardıklarında ödül olarak şeker, çikolata gibi sağlığa zararlı yiyeceklerin verilmemesi, televizyon seyrederken atıştırma yapılmaması gibi basit önerilerde bulunulmalıdır (Tam ve Çakır, 2012).

### 2.2.6.4. İlaç tedavisi

Obezitede farmakolojik tedavinin kullanımı ile ilgili çalışmalar daha çok erişkinler üzerinde yapılmıştır. Genellikle 12 yaş altındaki obez bireylere ilaç tedavisi önerilmemektedir. Ancak morbid obez bulguları olan ve tüm standart tedavilere yanıt vermeyen çocuk ve ergenlerde denemesi öngörülmüştür. Bu tür vakalarda yakın gözetim altında ilaç tedavisinin uygulanması önerilmektedir (Ergül ve Kalkım, 2011).

Günümüzde kullanımı uygun ilaçlar şunlardır:

**Sibutramin (yiyecek alımını azaltarak):** Serotonin, noradrenalin geri alım inhibitörüdür, yan etkileri nedeni ile tercih edilmemektedir (Akkurt, 2015).

**Orlistat (yağ absorpsiyonunu inhibe ederek):** Pankreatik lipaz inhibitörüdür. İnkontinans gibi yan etkileri vardır. Günümüzde obezite tedavisi için kullanılmaktadır (Bozdemir ve Kurdak, 2015).

**Efedrin ve kafein (enerji tüketimini arttırarak):** Termogenezi arttırarak enerji tüketimini arttırırlar (Duran ve ark, 2002).

**Metformin:** Karaciğerde glukoz üretimini, barsaktan glukoz emilimini azaltarak ve insülin duyarlılığını arttırarak etki gösterir. Zayıflamadan çok tip 2 diyabet gelişimini engellemek için kullanılır (Akkurt, 2015).

Bir ay sonunda iki kilo vermeyen hastalarda ilaç tedavisinin etkili olmadığına karar verilip sonlandırılması önerilmektedir (Akkurt, 2015).

#### **2.2.6.5. Cerrahi tedavi**

Cerrahi tedavi, çocuk ve ergenlerde çok sınırlı olup obezitenin tedavisinde kullanılan tüm yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda kullanılmaktadır. Obezite cerrahisi uygulanan hastalardaki amaç hem hastaların kilo vermesini sağlamak hem de yaşam kalitesini arttırmaktır (Kayar ve Utku, 2013).

Obezitede cerrahi yaklaşım bariyatrik ve rekonstrüktif olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Besinlerle alınan enerjinin azaltılmasına yönelik bariyatrik cerrahide hedef, besinlerin gastrointestinal sistemde emilimini azaltmaktır. Bu amaçla bypass, gastroplasti, gastrik bantlama, gastrik balon vb. yöntemler kullanılmaktadır. Rekonstrüktif cerrahide amaç; vücudun çeşitli bölgelerinde lokalize olmuş mevcut yağ dokularını uzaklaştırmaktır. Bu tedavide eğer hasta obezite tedavisinin gereklerini yerine getirmezse yağ birikimi tekrar gerçekleşmektedir ( Ergül ve Kalkım, 2011).

Ergen ve çocuklara ait çok az cerrahi tedavi deneyimleri mevcuttur. Silver ve Strauss farklı cerrahi yöntemler uygulayarak çocuklarda seçilmiş vakalarda obezitede kilo kaybı sağlamışlardır. Fakat araştırmacılar bu operasyonların kullanımını rutin olarak önermezler (Strauss ve ark, 2001).

#### **2.2.7. Dünya'da Obezitenin Görülme Sıklığı**

Amerika Birleşik Devletleri'nde, Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES) çalışmasının sonucunda 2003-2006 yıllarında 2-19 yaş grubu çocuklar ve ergenlerin %16.3'ünün obez (>95.yüzdellik, 2000 yılı yaşa göre BKİ büyüme eğrilerine göre değerlendirildiğinde) olduğu bildirilmiştir (WHO, 2007).

Boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümü ile güvenilir verilerin elde edildiği iki büyük uluslararası çalışma bulunmaktadır. Bunlardan birincisi Avrupa’da 2003 yılında 9 ülkede yürütölen ve 11 yaşındaki çocukları kapsayan “The Pro Children” araştırmasıdır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre fazla kiloluluk prevalansı, erkeklerde kızlardan daha fazladır. Diğer büyük çalışma ise “Health Behaviour in School-Aged Children Survey (HBSC)’dir. 41 ülkede 11, 13 ve 15 yaş grubunda yürütölen çalışmada 2001-2002 yıllarında 13 yaş grubunda kızların %24, erkeklerin %34’ünün fazla kilolu; 15 yaş grubunda ise kızların %31, erkeklerin %28’inin fazla kilolu olduğu görölmüştür. Obezite oranı ise 13 ve 15 yaş kızlarda %5, erkeklerde %9 olarak saptanmıştır (WHO, 2007; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015).

DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa’nın 6 ayrı bölgesinde yapılan ve 12 yıl süren Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases-MONICA çalışmasında 10 yılda obezite prevalansında %10-30 arasında bir artış saptandığı bildirilmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015).

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ayrıca Avrupa Bölgesinde fazla kiloluluğun yetişkinlerin %30-80’ini etkisi altına aldığı, çocukların ve ergenlerin yaklaşık %20’sinin fazla kilolu olduğu ve bunların üçte birinin obez olduğu belirtilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015).

### **2.2.8. Türkiye’de Obezitenin Görölme Sıklığı**

Ülkemizin beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyoekonomik düzeye ve kırsal-kentsel yerleşim yerine göre farklılıklar göstermektedir. Ayrıca beslenme konusundaki bilgi eksikliği hatalı besin seçimine, yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerinin oluşmasına ve beslenme sorunlarının artmasına neden olmaktadır. Türk halkının beslenme durumuna bakıldığında, temel besinin ekmek ve diğer tahıl ürünleri olduğu görölmektedir (Pekcan, 2006).

Ülkemizde obezite prevalansını belirlemeye yönelik gerçekleştirilen çalışmalar; Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan ve 3681 kişiyi kapsayan Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri çalışmasında BKİ  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  obezite olarak

tanımlanmış ve 30 yaşın üzerindeki Türk erkeklerinin % 25,2'sinin, kadınlarının da % 44,2'sinin obez olduğu belirlenmiş; 31-49 yaş ve 50 yaş ve üzerindeki kişiler ayrı ayrı ele alındığında, prevalansın erkeklerde anlamlı biçimde değişmediği (% 24,8 ve % 25,7), kadınlarda ise (% 38 ve % 50,2) anlamlı ölçüde arttığı saptanmıştır. Obezite prevalansının giderek arttığı; 1990 yılında benzer yaştaki erkeklerde prevalansın % 12,5 iken iki kat arttığı, 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda ise prevalansın % 40'tan düşük iken %50'ye çıktığı belirlenmiştir (Ulusal Eylem Planı, 2008).

Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması çalışması sonuçlarına göre kadınların % 50'si, erkeklerin % 40'ı ve erişkin toplumun % 44,4'ü obezdir (Ulusal Eylem Planı, 2008).

Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi çalışmasına göre, obezite prevalansı kadınlarda % 29,9, erkeklerde % 12,9 olarak belirlenmiştir (Ulusal Eylem Planı, 2008).

Türkiye Obezite Araştırma Derneği tarafından, 2000-2005 yılları arasında yapılan "Türkiye Obezite Profili" çalışmasında 4056 kişinin obez olduğu, bunun % 34,5'ini kadınların, % 21,8'ini erkeklerin oluşturduğu saptanmıştır (Ulusal Eylem Planı, 2008).

Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından yapılan bir çalışmada obezite sıklığı %12 olarak bulunmuştur. Kadınların % 14,5'i, erkeklerin % 9,7'si obezdir (Ulusal Hane Halkı Araştırması, 2006).

Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince yürütülen "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010)" ön çalışma raporuna göre Türkiye'de;

0-5 yaşta obezite sıklığı % 8,5 (erkek %10,1, kız %6,8); 6-18 yaşta obezite sıklığı % 8,2 (erkek %9,1, kız %7,3) olarak bulunmuştur.

0-5 yaşta fazla kilolu olanlar %17,9, fazla kilolu ve şişman olanlar %26,4; 6-18 yaşta fazla kilolu olanlar %14,3, fazla kilolu ve şişman olanlar %22,5 olarak bulunmuştur.

Türkiye Çocukluk Çağı ( 7-8 Yaş ) Şişmanlık Araştırması sonuçlarına (2013) göre, Türkiye'de 7-8 yaş grubu kızlarda şişmanlık prevalansı (kilolu dahil) %21,6, erkeklerde ise %23,3 olarak bulunmuştur.

### **2.2.9. Obezitede Hemşirelik Yaklaşımı**

Amerika Ulusal Okul Hemşireliği Birliği (NASN) okul hemşireliğini öğrencilerin sağlığını geliştiren, hayat boyu akademik başarılarını arttıran ve sağlıklı bir yaşam sürdürmelerini içeren hemşireliğin profesyonel bir alanı olarak tanımlar. Bu amaçla, okul hemşireleri öğrencilerin normal gelişimine olanak sağlar, sağlığı ve sağlıklı bir ortamı içeren güvenliği yükseltir, var olan ve potansiyel sağlık problemlerine müdahale eder, vaka yönetimi hizmetlerini sağlar. Öğrencinin aile ile uyumunu, öz-sorumluluğunu, kendini savunabilmesini ve öğrenme kapasitesini arttırmak için iş birliği içinde çalışır (NASN, 2010).

Okul hemşireleri öğrencilerin fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal sağlık ihtiyaçlarını gidererek, öğrenme sürecindeki başarılarına katkı sağlar. Okul hemşiresi öğrenci ve okul toplumunun bakımını ve güvenliğini sağlarken, eğitim ortamında bütüncüleyici sağlık çözümlerini de oluşturur (NASN, 2010).

Hemşirelerin obezite ile mücadelede, sağlığı koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici aşamalarında hastalığın önlenmesi, tedavisi ve bakımında önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Buradaki amaç, bireyin yaşına ve cinsiyetine uygun vücut ağırlığının korunması veya uygun şekilde kilo vermelerinin sağlanmasıdır (Lazarou ve Kouta, 2010).

Obezitenin önlenmesi, tedavisi ve bireyin bakımı multidisipliner işbirliği gerektiren bir süreçtir. Bu sürecin bakım sorumluluğu hemşireye aittir. Hemşire, ergenin obezite ile ilgili bakımını planlarken, ergenlik döneminin fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik özelliklerini dikkate almalıdır. Hemşirenin ergenlerde kilo kontrolünün yönetimi, sağlıklı beslenmenin yönetimi, aktif yaşam tarzının sürdürülmesi, sağlığın korunması ve sürdürülmesi doğrultusunda eğitici ve danışmanlık rolleri vardır. Hemşire tüm bu rolleri yerine getirirken, bakımı planlarken aile ile etkileşimi ve ergenin duygu durumunu göz önünde bulundurmalıdır (Parlak ve Çetinkaya, 2007; Güler ve ark, 2009).



Obezitenin önlenmesi birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeylerine yönelik girişimleri içerir (Erdim ve ark, 2014).

Birincil korumada; hemşireler çocuk ve ergenlere sağlıklı ve dengeli beslenme, fiziksel aktivitenin önemi, sedanter yaşamın zararlarını anlatarak sağlıklı olan kiloyu korumak ve aktif bir yaşam tarzı geliştirmek için aileyi de içine alan eğitim programı geliştirmelidir. Eğitim kapsamında, günde en az beş porsiyon meyve ve sebze tüketilmesi, asitli içeceklerin tüketilmemesi ya da en aza indirilmesi, fast-food tüketiminin sınırlandırılması, sağlıklı kahvaltının önemi, hazır gıdaların tüketiminin en aza indirilmesi, televizyon karşısında bir şey yiyip içilmemesi konularında çocuk ve aileyi bilgilendirmelidir (Spear ve ark, 2007).

İkincil korumada hemşire kilolu olan bireyler için sağlık taraması ve periyodik muayeneler ile kilo kontrolü ve olası risklerin en aza indirilmesini sağlamalıdır. Bu bağlamda bireylerin yaşına, fiziksel durumuna, eşlik eden başka bir rahatsızlık durumuna göre fiziksel aktivite yapılmasını, hatalı beslenme tutum ve davranışının önlenmesini, ailenin farkındalık kazanmasını sağlamalıdır (Erdim ve ark, 2014).

Üçüncül koruma; bu düzeydeki girişimler çok ciddi düzeyde obez olan, yaşam tarzını değiştirmeye yönelik girişimlerinde başarılı olamamış ve kilosu değişmemiş, obeziteye bağlı sağlık sorunları/riskleri olan çocuk ve ergenlere faydalı olabilir. Obez bireylere yapılacak girişimler bir protokol çerçevesinde uygulanır. Bu protokol; beslenme ve aktivite danışmanlığını, öğünlerin belirlenmesini, başlangıçta düşük enerjili diyet uygulamasını ve gerekirse hekim önerisiyle ergen gruba ilaç tedavisini ya da cerrahi uygulamaları içermektedir. Hemşire oluşan risk faktörlerinin çocuktaki ve ailedeki fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak olumsuz etkilerin en aza indirilmesi, mevcut potansiyelin en üst düzeyde kullanımının sağlanması ve kaliteli bir yaşam sürdürülmesine yardımcı olur (Davis ve ark, 2007; Erdim ve ark, 2014).

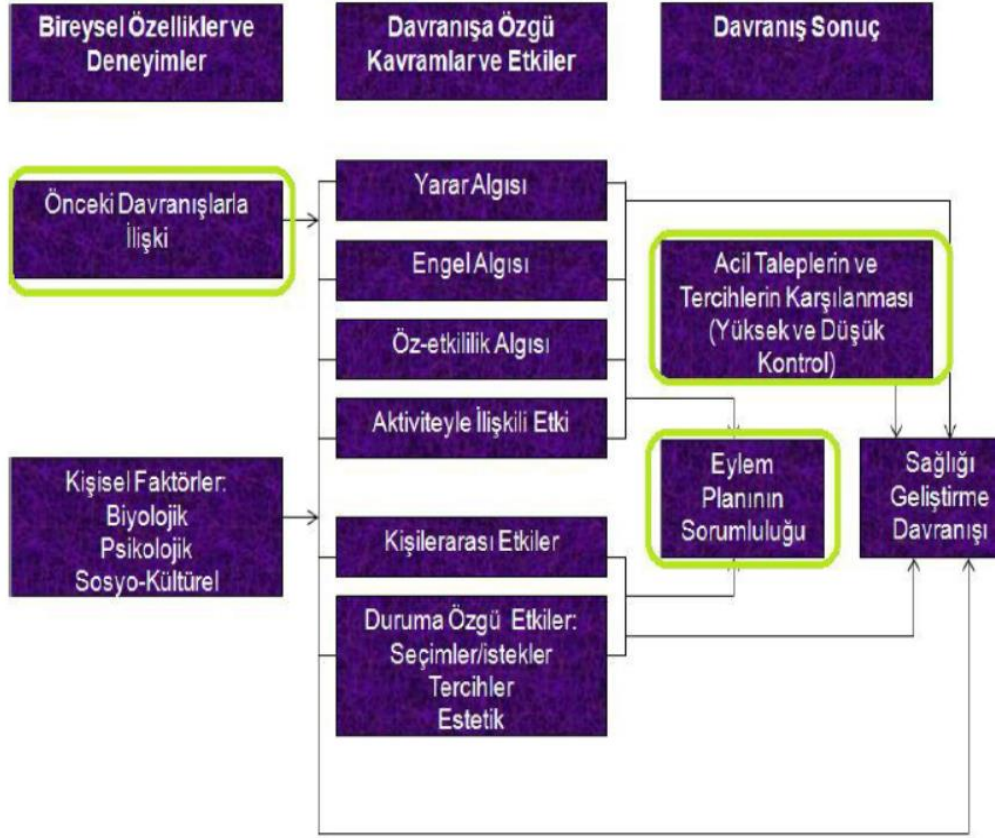
### **2.3. Sağlık Geliştirme Modeli**

Pender tarafından geliştirilen Sağlık Geliştirme Modeli sosyal öğrenme kuramından kaynaklanarak sağlığın yükseltilmesini ve sağlık davranışlarının

iyileştirilmesini benimsemektedir. Pender, öz-etkililik algısı, kontrol algısı, sağlığın tanımı ve sağlık algısı gibi bilişsel algısal değişkenleri de içeren Sağlığı Geliştirme Modeli'ni 1987 yılında geliştirmiştir ve 1996 yılında modeli revize etmiştir. Sağlığı Geliştirme Modeli sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara yol göstererek ve sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olmayı amaçlamaktadır (Pender, 1987).

Sağlığın geliştirilmesi birey, aile ve toplumun sağlık potansiyelinin gelişmesine ve iyilik halinin yükseltilmesine etki etmektedir. Mevcut sağlık davranışlarından olumlu olanlarının pekiştirilmesine olumsuz davranışların değiştirilmesine yönelik hedefleri içermektedir (Erci, 2009).

Sosyal öğrenme teorisinden temel alınarak geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modeli bireyin sağlık davranışları üzerinde dolaylı ve doğrudan etkisi olan faktörleri tanımlanmaktadır. Sağlığı Geliştirme Modeli "Bireysel Özellikler ve Deneyimler (önceki davranışlarla ilişki, kişisel faktörler, biyolojik, psikolojik, sosyokültürel), Davranışa Özgü Kavramlar ve Etkiler (yarar algısı, engel algısı, öz etkililik algısı, aktiviteyle ilgili etki, kişiler arası etkiler, duruma özgü etkiler) ve Davranışsal Sonuç (acil taleplerin ve tercihlerin karşılanması, eylem planı sorumluluğu, sağlığı geliştirme davranışı) olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır. Sağlığı Geliştirme Modelinde algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz-etkililik gibi kavramların davranış oluşumunda önemli etkisi olduğu açıklamaktadır. Ayrıca modelde bireylerin davranışı üzerinde önceki davranışlarının etkili olduğu belirtilmektedir (Pender, 1987; Pender ve ark, 2006).



Şekil 3. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

### 2.3.1. Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Bileşenleri

#### 2.3.1.1. Bireysel özellikler ve deneyimler

**Önceki davranışlar ile ilişki:** Geçmişteki aynı ya da benzer sağlık davranışının sıklığını ifade eder.

**Kişisel faktörler:** Yaş, kişilik yapısı, ırk, etnik ve sosyoekonomik durum gibi sağlığı etkileyen genel özellikleri içerir.

#### 2.3.1.2. Davranışa özgü kavramlar ve etkiler

**Yarar algısı:** Sağlığı geliştirecek davranıştan meydana gelecek olumlu sonuçları algılamasını kapsar.

**Engel algısı:** Hayali ya da gerçek engelleri kapsar.

**Öz-etkililik algısı:** Bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma veya kontrol edebilme algısı veya yargısını tanımlar.

**Aktivite ile ilgili etki:** Kişinin kendi davranışlarının uyarıcı özelliklerine dayanan davranış öncesi, davranış boyunca ve davranışı takiben öznel pozitif veya negatif duyguları kapsar.

**Kişilerarası etkiler:** Diğer insanların davranışları, inançları veya tutumları ile ilgili kavramları içerir.

**Duruma özgü etkiler:** Herhangi bir durumda davranışı kolaylaştırabilen ya da zorlaştıran bireysel algı ve anlayışları içerir.

### 2.3.1.3. Davranış sonuç

**Acil taleplerin ve tercihlerin karşılanması:** Planlanan bir sağlığı geliştirme davranışının hemen öncesinde acil bir gereksinimin ortaya çıkması davranışın oluşmasını etkiler.

**Eylem planı sorumluluğu:** Davranışı planlı ve belli stratejiler doğrultusunda gerçekleştirmektir (Erci, 2009; Pender, 2011).

### 2.3.2. Sağlığı Geliştirme Modeli ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Eren Fidancı (2010) Nola J. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinin Obez Çocuklarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Özgüven Kavramına Etkisinin Değerlendirilmesi çalışmasında eğitim ve izlem programı sonunda, deney grubunda eğitim öncesi ve eğitimi takip eden 3. ay sonunda BKİ değerlerinin anlamlı derecede azaldığı, beslenme alışkanlıklarının ve egzersiz alışkanlıklarının düzenlendiği, sedanter aktivite süresinin azaldığı, egzersiz süresinin arttığı ve özgüven ölçeğinden aldıkları puanların arttığını saptamıştır.

Üstüner Top (2011) Ergenlerde Sağlığı Geliştirme Modeli ve Bilgi İşlem Kuramına Temellendirilen Hemşirelik Girişiminin Ağız Diş Sağlığı Davranışına Etkisi çalışmasında Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli ve Gagne'nin Bilgi İşlem Kuramına temellendirilerek

düzenlenen hemşirelik girişimlerinin ağız diş sağlığı davranışının geliştirilmesinde etkili olduğunu bulmuştur.

Öztürk (2013) Bir Cezaevinde Kalan Ergenlerde Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Sağlığı Geliştirme Modeline Temellendirilmiş Eğitiminin Davranış Değişikliğine Etkisi çalışmasında eğitim programı sonrasında ikinci ve üçüncü ölçümde Stresle Başa Çıkma Tarzları grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli ve Bloom'un Taksonomisi temel alınarak uygulanan Stres Yönetimi Geliştirme Programı'nın stres yönetiminde olumlu davranış değişikliklerinin kazandırılmasında etkili olduğunu bulmuştur.

Adıbelli (2014) Kadınlara Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörlerini Azaltmaya Etkisi çalışmasında sağlığı geliştirme eğitiminin kadınların kardiyovasküler hastalık riskini düşürdüğü, bilgi düzeylerini artırdığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları sürdürmede öz-etkililik/yeterlilik düzeylerini artırdığını bulmuştur.

Yılmaz (2014) Obez Lise Öğrencilerine Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etkisi çalışmasında obez öğrencilere verilen eğitimin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirdiği ve yaşam kalitelerini artırdığını bulmuştur.

## **2.4. Ergenlerde Obezite ile İlgili Yapılan Çalışmalar**

### **2.4.1. Ulusal Çalışmalar**

Şimşek ve ark (2005) Ankara ili Mamak ilçesine bağlı bir ilköğretim okulunda ve lisede 6-17 yaş grubundaki 1510 çocuğun boy ve ağırlık ölçümlerini yapmışlardır. Rölatif vücut kitle indeksine göre değerlendirildiğinde tüm çocukların 72'sinin (%4,8) obez olduğu saptanmıştır. Obez çocukların hesaplanarak bir günde alması gereken kalori miktarı 1700-3000 kalori (en az-en çok) olacak şekilde beslenme düzenlemesi yapılmıştır. Ayrıca bu çocuklara günde 30-60 dakika olarak yürüyüş aktivitesi önerilmiştir.

Coşansu ve ark (2005) İstanbul ili Kağıthane ilçesinde Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı bir okulda 6., 7. ve 8. Sınıfında okuyan 638 öğrenciye ulaşımlardır. Anne babası obez olan çocukların obez olma olasılığının yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca düzenli egzersiz yapmayan ve beslenmesine dikkat etmeyenlerde obezite olma olasılığını yüksek bulmuşlardır.

Uğuz Anamur ve ark'nın (2007) Konya il merkezindeki ilköğretim okullarından ekonomik durumu iyi olan ailelerin çocuklarını temsilen özel ve ekonomisi orta ve alt kesim olan ailelerin çocuklarını temsilen kamu olmak üzere iki ilköğretim okulundaki 6., 7. ve 8. sınıf öğrencilerin tamamını araştırma kapsamına aldıkları çalışmalarında (502 öğrenci) 11-16 yaş çocuklarda aşırı ağır/şişman olma durumunu etkileyen demografik özellikler puberteye girmiş olma, ailenin ekonomik durumunun iyi olması ve şişman kardeş varlığı olduğunu bulmuşlardır.

Arı ve Süzek'in (2008) Muğla merkez köylerindeki ilköğretim okullarında okuyan 7-15 yaş bireylerde yaptıkları çalışmalarında, öğrencilerin %51,5'ini erkekler (n=119) %48,5'ini ise kızlar (n=112) oluşturmuş ve öğrencilerin BKİ durumlarının dağılımına bakıldığında; toplamda %6,5'inin zayıf, %69,3'ünün normal, %11,2'sinin fazla kilolu, %13'ünün obez olduğunu bildirmişlerdir.

Aynı çalışmada lipid parametreleri ile öğrencilerin sınıf, yaş ve aile çocuk sayısı arasındaki ilişki olmamasına karşın, anne sütü almayanlarla LDL arasında zayıf bir pozitif ilişki saptanmıştır (F=2,675; p<0,05). Ayrıca TV izlerken bir şeyler atıştırarak çocuklarda total kolesterol değerleri yemeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur (F=2,033; p<0,05).

Limmili'nin (2010) çalışmasında İzmir İli Balçova ilçesinde bulunan toplam dört lisede öğrenim gören 15–17 yaş arası 1224 öğrenciden çalışmanın yapıldığı gün okulda bulunan toplam 1089 (%88,9) öğrenci çalışmaya katılmıştır. 1089 öğrenci arasından ölçüm yapılmasına izin veren 848 (%77,9) kişinin boy, ağırlık, deri kıvrım kalınlığı, bel çevresi ile kalça çevresi belirlenmiştir. Ölçüm yapılan öğrencilerin vücut kitle indeksi hesaplandığında %80,8'inin (n=685) normal sınırlarda, %10,1'inin (n=86) aşırı kilolu ve %9,1'inin (n=77) obez olduğu bulunmuştur. Okullar içinde sosyoekonomik durumu en düşük olan okulda obezite oranı da düşük bulunmuştur.

Metinoğlu ve ark'nın (2012) Kastamonu İl Merkezindeki ilköğretim okullarında 4. ve 5. sınıfa giden 480 öğrenci ile yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılan öğrencilerin %46,5'i zayıf, %41,9'u normal, %10,4'ü fazla tartılı ve %1,3'ü obez olarak bulunmuştur. Ailesinde obez birey olanlarda daha sık obezite görüldüğü saptanmıştır. Ailesinde obez birey varlığı ile BKİ'i arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0.024).

Çivitçi ve ark'nın (2012) 6–16 yaş arası obez çocukların ve ergenlerin giysilerde tercih ettiği özellikleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada Gazi Üniversitesi Hastanesi Endokrinoloji bölümünde kayıtlı hastalar arasından 6–16 yaş aralığındaki 52 çocuğa anket uygulanmıştır. 6–16 yaş arası obez çocuklarda yaş gruplarının giysilerde tercih ettiği özelliklere ilişkin bulgular incelendiğinde, toplamda en fazla yığılmayla 6–11 yaş arasındaki çocukların giysi çeşidi olarak Tshirt (%42,9) ve pantolonu (%42,9), renklerden mavi (%39,3) ve beyazı (%35,7), elastik kumaş türünü (%60,7), düz (%53,6) ve desenli (%50) kumaş yüzeyini tercih ettikleri, kumaşların en fazla hava geçirebilen nitelikte (%46,4) olmasına önem verdikleri görülmüştür.

Habeş'in (2013) alışması Antakya yöresinde yaşayan ve obezite şikayetiyle Antakya Devlet Hastanesi Endokrinoloji Polikliniğine başvuran ve yaşları 9-19 arasında değişen ergenlerde (49 kız, 46 erkek), yaş, boy, vücut ağırlığı, evre ölçümleri (ön kol, üst kol, karın, üst bacak), deri kıvrım kalınlıklarının (triseps, biseps, subskapular ve suprailyak) ölçülmesi esasına dayanmaktadır. Çalışmada BKİ, Deri Kıvrım Kalınlığı Yağ Yüzdesi, evre Ölçümü Yağ Yüzdesi ve BKİ, yaş ve cinsiyet kullanılarak hesaplanan vücut yağ yüzdesi değerlerinin istatistiksel karşılaştırılması yapılmış ve aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur (p< 0,001).

Özilbey'in (2013) İzmir İli Güzelbahçe İlçesinde 6-11 yaş aralığında ilköğretim birinci kademedede eğitim gören öğrencilerin obezite sıklığının saptanması ve beslenme alışkanlıklarıyla ilişkisini saptamak amacıyla yaptığı çalışmasında araştırmaya katılan öğrencilerin % 51.2'si (n=261) kız öğrenciyken, %48.8'i (n=269) erkek öğrencidir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %6,7'si (n=37) zayıf, %68,3'ü (n=375) normal kilolu, %5,0'i (n=27) fazla kilolu ve %20,0'si (n=110) obezdir. Sosyodemografik özellikler ile obezite arasındaki ilişki incelendiğinde, cinsiyet, annenin eğitimi, aylık gelir ve kardeş sayısı ile obez olma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Diğer sosyodemografik

özellikler (yaş, babanın eğitimi, annenin çalışma durumu, evde birlikte kaldığı kişi, günlük harçlık) ile obezite arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır.

Uzun'un (2014) Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Algılanan Ebeveyn Kontrolü ve Depresyon ile Obezitenin İlişkisi: Obezite İçin Koruyucu ve Risk Faktörleri isimli çalışmasında örneklem 9., 10. ve 11. sınıflarda okuyan 625 öğrenciden oluşmuştur. Katılımcıların yaşa ve cinsiyete özgü beden kitle indeksleri (BKİ) belirlendikten sonra yapılan analiz sonucunda; ergenlerin %12,3'ü fazla kilolu ve obez bulunmuştur. Ailede fazla kilolu birey bulunması, ergenliğe erken girilmiş olması, su tüketim miktarının az olması ve hızlı yemek yemeye ek olarak psikolojik etmenlerden aileden algılanan psikolojik kontrolün beden kitle indeksinin artışını yordadığını bulmuştur.

#### **2.4.2. Uluslararası Çalışmalar**

Koch ve ark'nın (2008) İsveçte normal kilolu ve aşırı kilolu çocuklarda psikolojik şiddet ilişkisini inceledikleri çalışmalarında stres ve çocukluk obezitesi arasında bir ilişki bulamamışlardır. Bunun nedenini az vaka sayısı ile çalışmakla açıklamışlardır.

Garasky ve ark'nın (2009) çalışmasında 5-12 yaş grubu ( $n = 706$  aileden = 1136 çocuk) ve 12-18 yaş grubu ( $n = 652$  aileden 1001 çocuk) araştırma grubuna alınmıştır. Aile stresi ve çocuğun ağırlığı arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Her bir grupta; yaklaşık üçte ikisi normal ağırlıklı, yaklaşık %16'sı fazla kilolu ve % 20-22'si obez olarak bulunmuştur. 5-12 yaş grubunda, fazla kilolu ve obez çocukların sağlıklı kilolu çocuklara göre aile stresi, bilişsel uyarım ve duygusal desteğin daha eksik olduğu bulunmuştur.

Merten ve ark'nın (2009) çalışmasında kahvaltı tüketimi ve obezite arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya 5823 kişi (11-18 yaş arası) katılmıştır. Genç erişkinlik ve ergenlik döneminde kahvaltı yapmanın obezite olasılığını azalttığı bulunmuştur ( $p < 0,001$ ).

Yamaki ve ark'nın (2011) çalışması 643 ergende yapılmıştır ve ergenlerin (üçte birinde  $n = 208$ ) hareketlilik kısıtlaması vardır. Hareket kısıtlılığı olanlarda olmayanlara göre daha fazla obezite ve kronik hastalık olduğu bulunmuştur.



Lowry ve ark'nın (2013) çalışmasında lise öğrencilerinde obezite, fiziksel aktivite ve sedanter yaşam ilişkisinin diğer değişkenlerle incelenmesi amaçlanmış ve sedanter yaşamın obeziteyi arttırdığı bulunmuştur. Gençlerin fiziksel aktivite yapmak için güvenli mahalleleri tercih ettiği belirtilmiştir.

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma; Obezite Açısından Riskli Ergenlere Verilen Olumlu Sağlık Davranışları Geliştirme Eğitiminin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Fiziksel Aktivite Üzerine Etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmış öntest-sontest düzende yapılandırılmış deney öncesi araştırma tasarımıdır.

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

Araştırma Milli Eğitim Bakanlığı Hacı Lütfiye Atay Ortaokul'unda Kasım 2014-Aralık 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı okulun belirlenmesinde mevcut öğrenci sayıları, ulaşılabilirlik durumu, okulun fiziksel özellikleri, yöneticilerin ve öğretmenlerin işbirliği göz önünde bulundurulmuştur.

Okulda 518 kız, 524 erkek toplamda 1042 öğrenci öğrenim görmektedir. Okulda 1 müdür, 2 müdür yardımcısı, 2 memur, 3 hizmetli ve 64 öğretmen görev yapmaktadır. Okul 17 adet derslik, 2 anasınıfı ve 1 konferans salonundan oluşmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Aydın İli Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı Hacı Lütfiye Atay Ortaokul'unda 2014-2015 öğretim yılında öğrenimlerine devam eden 518 kız ve 524 erkekten oluşan toplam 1042 öğrenci bulunmaktadır.

Araştırmada örneklem hesabına gidilmemiş Türk çocukları için belirlenmiş olan persentil eğrilerine göre obezite yönünden riskli (85 ve 95 persentil arasında) olan öğrencilerin tamamı araştırmaya dahil edilmiştir.

### 3.4. Araştırmada Ölçüm Yöntemi

Araştırma kapsamında okuldaki tüm öğrencilerin antropometrik ölçümleri (boy, kilo) yapılmıştır.

Her öğrencinin ağırlığı 100 grama duyarlı dijital baskülle (F.Bosch marka) ölçülmüştür. Her iki ayağı ile platform merkezine basacak şekilde öğrenci tartıya çıkarılıp, elektronik göstergede görülen "kg" olarak okunan sonuç kaydedilmiştir.

Ağırlık; öğrencilerin okul kıyafetleri ile ölçülmüş, kıyafetlerin toplam ağırlığı 525 gr. olarak kabul edilmiştir (Örnek okul kıyafetleri araştırma öncesi tartılmıştır). Ölçüm sırasında öğrencilerin ayakkabıları çıkartılmıştır. Ölçümler öğrencilerin beslenme saatinden 2 saat sonra gerçekleştirilmiştir (Pekcan, 2011).

Her öğrencinin boyu F.Bosch Boy Ölçer cihazıyla düz dijital ölçüm göstergesi ile ölçülmüştür. Her öğrencinin; boy ölçümü öncesinde saç tokası, şapka gibi başındaki aksesuarları alınıp, öğrencinin omuzlarını dikleştirip, ellerini yanlarda tutup, dizlerini kırmadan, ağırlığını her iki ayağında dağılacak şekilde dik durması ve karşıya bakması istenmiştir. Amaçlanan pozisyon elde edildikten sonra, boy ölçerin öğrencinin başı ile temas etmesi sağılandıktan sonra belirlenen santimetre (cm) değeri kaydedilmiştir.

### 3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Neyzi ve ark (2008) Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu, Baş Çevresi ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri'nde belirtilen yaş ve cinsiyete göre belirlenmiş çizelgelere 85. ile 95. persentil arası **fazla kilolu** olarak tanımlanmaktadır.

- 85. – 95. Persentil arasında olmak.

### **3.6. Araştırma Hipotezi**

#### **H<sub>0</sub>**

1. Obezite Açısından Riskli Ergenlere Verilen Olumlu Sağlık Davranışları Geliştirme Eğitiminin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi Yoktur.

2. Obezite Açısından Riskli Ergenlere Verilen Olumlu Sağlık Davranışları Geliştirme Eğitiminin Fiziksel Aktivite Üzerine Yoktur.

#### **H<sub>1</sub>**

1. Obezite Açısından Riskli Ergenlere Verilen Olumlu Sağlık Davranışları Geliştirme Eğitiminin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Olumlu Yönde Etkisi Vardır.

2. Obezite Açısından Riskli Ergenlere Verilen Olumlu Sağlık Davranışları Geliştirme Eğitiminin Fiziksel Aktivite Üzerine Olumlu Yönde Etkisi Vardır.

### **3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

#### **3.7.1. Anket Formu**

Anket araştırmacı tarafından üç bölüm Şeklinde oluşturulmuştur. Birinci bölümde öğrenci ile ilgili sorular (16 adet), ikinci bölümde aile ile ilgili sorular (17 adet), üçüncü bölümde aktivite ve yaşam biçimi ile ilgili sorular (9 adet) yer almaktadır (Limnili, 2010; Metinoğlu ve ark, 2012; Özilbey, 2013; Habeş, 2013).

#### **3.7.2. Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi**

Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi (ÇFAA) güvenilirlik çalışması Crocker, Bailey, Faulkner, Kowalski ve McGrath, geçerlilik çalışması ise Kowalski, Crocker ve Faulkner tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Anketin Türkçe formunun psikometrik analizleri Ergün ve Kuğuoğlu (2012) tarafından yapılmış, Türkçe Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi (ÇFAA) güvenilir ve geçerli bulunmuştur. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,86'dır. ÇFAA 8-14

yaş arasında dördüncü sınıftan sekizinci sınıfa kadar olan ilköğretim okulu çocuklarının fiziksel aktivitelerini değerlendirmek için geliştirilmiş, çocuğun kendisi tarafından doldurulan bir formdur. Son yedi günlük fiziksel aktivite durumunu değerlendiren 37 maddeyi içeren 10 sorudan oluşmaktadır. Anketin hastalık durumunu sorgulayan onuncu sorusu hariç her maddesi için 5 puanlık bir ölçek üzerinden değerlendirme yapılır ve 1-5 arasında bir aktivite puanı bulunur. "1" düşük fiziksel aktiviteyi, "5" ise yüksek fiziksel aktiviteyi ifade etmektedir (Erdim ve ark, 2012).

Anketin toplam puanının hesaplanması; 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8. ve 9. soruya verilen yanıtların puanları toplanıp soru sayısına bölündükten sonra elde edilen puan çocuğun anketten aldığı toplam fiziksel aktivite puanını ifade etmektedir (Erdim ve ark, 2012).

Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,895 bulunmuştur.

### **3.7.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II**

Walker tarafından 1987 yılında geliştirilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi) oluşmaktadır. Ölçek 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır. Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin alt faktörleri; Sağlık Sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51), Fiziksel Aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46), Beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), Manevi Gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52), Kişilerarası İlişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve Stres Yönetimidir (5,11,17,23,29,35,41,47) (Bahar ve ark, 2008).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlilik güvenirlik çalışması Bahar ve ark (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Ölçeğin maddelerinde hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Puanın yüksek olması olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışı göstergesi olarak

kabul edilir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,94'dir. Ölçeğin alt faktörlerinin Cronbach Alpha değeri 0,79-0,87 arasında değişmektedir (Bahar ve ark, 2008).

Çalışmamızda SYBDÖ II Cronbach Alpha değeri 0,940; Sağlık Sorumluluğu Alt Faktörü Cronbach Alpha değeri 0,814, Fiziksel Aktivite Alt Faktörü Cronbach Alpha değeri 0,843, Beslenme Alt Faktörü Cronbach Alpha değeri 0,673, Manevi Gelişim Alt Faktörü Cronbach Alpha değeri 0,836, Kişilerarası İlişkiler Alt Faktörü Cronbach Alpha değeri 0,791, Stres Yönetimi Alt Faktörü Cronbach Alpha değeri 0,725 olarak bulunmuştur.

### **3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması**

Araştırma öncesi örneklem grubuna benzer özellik taşıyan bir okulda anketin ön uygulaması yapılmış ve soruların anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Araştırmanın anket uygulamasına gerekli görülen düzeltmeler yapıldıktan sonra geçilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Uygulama Planı**

Araştırmanın başlangıç aşamasında belirlenen okuldaki tüm öğrencilerin gerekli ölçümleri (boy, kilo) yapılmıştır. Okulda obezite açısından riskli olduğu belirlenen öğrencilere konu ile ilgili araştırmacı tarafından hazırlanan anket, Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi (ÇFAA) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) uygulanmıştır. Obezite açısından riskli olduğu belirlenen öğrencilerin tamamı (n=78) eğitime alınmıştır. Öğrencilere verilen eğitimin içeriği Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayandırılmıştır. Eğitim sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi konularını içermiş ve öğrencinin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanmasını amaçlamıştır. Eğitim içeriği literatür taraması doğrultusunda ve uzman görüşü alınarak (Halk Sağlığı Hemşireliği Alanında Uzman 2 öğretim üyesi) hazırlanmıştır. Eğitim konuları okulun eğitim salonunda ve düz anlatım, soru sorma, beyin fırtınası, örnek vaka çalışması yöntemleri kullanılarak eğitimci tarafından anlatılmıştır. Eğitim materyali olarak

fotoğraflar, power point sunuları, vaka örnekleri, videolar kullanılmıştır. Okul ikili öğretim programına sahip olduğundan eğitimler sabahçı ve öğleci öğrencilere ayrı ayrı iki program şeklinde yürütülmüştür.

Öğrencilere sunulan eğitimler, okulun eğitim salonunda 4 oturum (her bir oturum 40 dakika/bir ders saati) şeklinde gerçekleştirilmiştir. Eğitimin bitiminde ve eğitim bittikten 4 hafta sonra ölçek uygulaması (ÇFAA, SYBDÖ II) tekrarlanmıştır.

Araştırmanın anket uygulaması tamamlandıktan sonra tüm eğitim konularını içeren broşür öğrencilere dağıtılmış ve okulun her katına (3 katlı) okul idaresi izni ile poster olarak asılmıştır.

Araştırmada obezite açısından riskli öğrencilerin kişisel özellikleri ve eğitim öncesi ölçek puanları bağımsız değişken, eğitimi sonrası (Eğitimin bitimi, eğitim bittikten 4 hafta sonra) ölçek puanları bağımlı değişkendir.

### **3.10. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce Aydın Milli Eğitim Müdürlüğü'nden, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan resmi izinler alınmıştır. Öğrenci ve velilerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerle ilgili gerekli izinler alınmıştır.

### **3.11. Araştırmanın İstatistiksel Değerlendirilmesi**

Elde edilen veriler SPSS 18.0 programında ve bilgisayar ortamında değerlendirilmiş, verilerin değerlendirilmesinde; temel istatistiksel analizler, tek yönlü varyans analizi, korelasyon analizi ve eşleştirilmiş gruplarda t testi kullanılmıştır.

### 3.12. Eğitim Planı

**Tablo 1.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Geliştirmeye Yönelik Eğitim Planı

<b>1. OTURUM</b>	<b>40 DK</b>	<b>Tanışma</b> <b>Konu:</b> Fiziksel Aktivite <b>Yöntem:</b> Düz anlatım, soru sorma,beyin fırtınası
<b>2. OTURUM</b>	<b>40 DK</b>	<b>Konu:</b> Beslenme <b>Ödev:</b> Eğitim sonrası haftalık olarak yedikleri besinleri kaydetmek <b>Yöntem:</b> Düz anlatım, soru sorma, beyin fırtınası, örnek vaka çalışması
<b>3. OTURUM</b>	<b>40 DK</b>	<b>Konu:</b> Sağlık Sorumluluğu <b>Ödev:</b> Sağlık durumlarını geliştirmek için ne yaptıklarını kaydetmek <b>Yöntem:</b> Düz anlatım, soru sorma
<b>4. OTURUM</b>	<b>40 DK</b>	<b>Konu:</b> Kişilerarası İlişkiler, Stres Yönetimi <b>Ödev:</b> Olumlu davranışlarını, arkadaşlarına yaptıkları iltifatları kaydetmek, karşılaştıkları stres durumunda nasıl davranışta bulduklarını kaydetmek <b>Yöntem:</b> Düz anlatım, soru sorma, örnek vaka çalışması <b>Not:</b> Anket uygulaması bitiminde öğrencilere tüm eğitim konularının özetini kapsayan broşür dağıtımı



### 3.13. Çalışma Planı

**Tablo 2.** Tez Çalışma Planı (Kasım 2014- Aralık 2015)

1. Ay	Kasım	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kurum İzni/ Etik kurul İzni Alınması</li><li>• Literatür Tarama</li><li>• Araştırma yapılacak okul ile görüşülmesi</li></ul>
2. Ay	Aralık	<ul style="list-style-type: none"><li>• Literatür Tarama</li><li>• Araştırma yapılacak okul ile görüşülmesi</li></ul>
3. Ay	Ocak	<ul style="list-style-type: none"><li>• Literatür Tarama</li><li>• Anket uygulama (Eğitim öncesi)</li><li>• Boy, kilo ölçümü (Eğitim öncesi)</li><li>• Örneklem grubunun belirlenmesi</li></ul>
4. Ay	Şubat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Literatür Tarama</li><li>• Anket uygulama (Eğitim öncesi)</li><li>• Boy, kilo ölçümü (Eğitim öncesi)</li><li>• Örneklem grubunun belirlenmesi</li></ul>
5. Ay	Mart	<ul style="list-style-type: none"><li>• Örneklem grubunun belirlenmesi</li><li>• Ölçeklerin uygulanması</li><li>• Örneklem grubuna eğitim</li><li>• Literatür Tarama</li></ul>
6. Ay	Nisan	<ul style="list-style-type: none"><li>• Örneklem grubuna eğitim</li><li>• Literatür Tarama</li><li>• Örneklem grubuna eğitim</li></ul>
7. Ay	Mayıs	<ul style="list-style-type: none"><li>• Literatür Tarama</li><li>• Anket uygulama (eğitim bittikten hemen sonra)</li></ul>
8. Ay	Haziran	<ul style="list-style-type: none"><li>• Literatür Tarama</li><li>• Anket uygulama (eğitim bittikten 4 hafta sonra)</li><li>• Öğrencilere eğitim broşürü dağıtma (anket uygulama sonrası)</li></ul>
9. Ay	Temmuz	<ul style="list-style-type: none"><li>• Literatür Tarama</li></ul>
10. Ay	Ağustos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Literatür Tarama</li><li>• Verilerin SPSS Programına girişi</li><li>• Danışman incelemesi</li></ul>
11. Ay	Eylül	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verilerin analizi</li><li>• Bulguların yazımı</li><li>• Danışman incelemesi</li></ul>
12. Ay	Ekim	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bulguların yazımı</li><li>• Tartışmanın yazımı</li><li>• Danışman incelemesi</li></ul>
13. Ay	Kasım	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tez yazımı ve basımı</li><li>• Danışman incelemesi</li></ul>
14. Ay	Aralık	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tez yazımı ve basımı, ilgili kurum-kuruluşlara sunumu</li></ul>

## 4. BULGULAR

Bu bölümde öğrencilerin kişisel özellikleri, eğitime ilişkin özellikleri, sağlığa ilişkin özellikleri, beslenmeye ilişkin özellikleri, aktivite durumları, aile ve aile sağlığına ilişkin özellikleri, eğitim öncesi ve eğitim sonrası ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörlerinden alınan puanlar ve bu puanların bazı değişkenler ile karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

**Tablo 3.** Öğrencilerin Kişisel Özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kız	38	48,7
	Erkek	40	51,3
Doğum Yeri	Aydın	58	<b>74,4</b>
	Aydın dışı	16	20,5
	Cevapsız	4	5,1
En Uzun Yaşadığı Yer	Köy	3	3,8
	Kasaba	2	2,6
	İlçe	6	7,7
	Şehir	27	34,6
	Büyük şehir	36	<b>46,2</b>
	Cevapsız	4	5,1
Kardeş Sayısı	Bir	7	9
	İki	50	<b>64,1</b>
	Üç	12	15,3
	Dört	3	3,8
	Beş	2	2,6
	Sekiz	1	1,3
	Dokuz	1	1,3
	Cevapsız	2	2,6
Kaçınıcı Çocuk	Bir	40	<b>51,2</b>
	İki	26	33,3
	Üç	8	10,3
	Yedi	1	1,3
	Dokuz	1	1,3
	Cevapsız	2	2,6
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	3	3,8
	Gelir gidere denk	48	<b>61,5</b>
	Gelir giderden fazla	26	33,3
	Cevapsız	1	1,4
Sosyal Güvence	Yok	7	9,0
	Var	62	<b>79,5</b>
	Cevapsız	9	11,5
		Range (Min-Max)	AO±SS
Yaş n (77)		10-14	11,77±0,92

Öğrencilerin % 48,7'si (n=38) kız, % 51,3'ü (n=40) erkek olup yaş ortalamaları  $11,77 \pm 0,92$ 'dir. Öğrencilerin % 74,4'ünün (n=58) doğum yeri Aydın, % 46,2'sinin (n=36) en uzun yaşadıkları yer büyük şehir, %64,1'inin (n=50) kardeş sayısı iki, %51,2'si (n=40) birinci çocuk, %61,5'inin (n=48) ekonomik durumu gelir gidere denk, %79,5'inin (n=62) sosyal güvencesi vardır.

**Tablo 4.** Öğrencilerin Eğitime İlişkin Özellikleri

		<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Sınıf	Beşinci	32	<b>41</b>
	Altıncı	27	34,6
	Yedinci	19	24,4
Geçen Yıllık Başarı	Orta	11	14,1
	İyi	24	30,8
	Çok iyi	43	<b>55,1</b>
Okula Geliş	Yürüyerek	34	<b>43,6</b>
	Servisle	32	41
	Ailemin aracı ile	7	9
	Dolmuşla	1	1,3
	Arkadaşımın aracı ile	1	1,3
	Cevapsız	3	3,8

Öğrencilerin %41'i (n=32) beşinci sınıf, %34,6'sı (n=27) altıncı sınıf ve %24,4'ü (n=19) yedinci sınıftır. Öğrencilerin %55,1'inin (n=43) geçen yıllık başarı durumu çok iyi, %43,6'sı (n=34) okula yürüyerek gelmektedir.

**Tablo 5.** Öğrencilerin Sağlığa İlişkin Özellikleri

		<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Kronik Hastalık	Yok	65	<b>83,3</b>
	Var	8	10,3
	Cevapsız	5	6,4
Bedensel Engel	Yok	77	<b>98,7</b>
	Var	0	0
	Cevapsız	1	1,3
Sürekli İlaç	Yok	68	<b>87,2</b>
	Var	9	11,5
	Cevapsız	1	1,3
Size Göre Kilo	Normal	43	<b>55,2</b>
	Normalden fazla	32	41
	Normalden az	0	0
	Cevapsız	3	3,8
	n	<b>Range (Min-Max)</b>	<b>AO±SS</b>
Beden Memnuniyeti	72	0-10	7,34±2,83

Öğrencilerin %83,3'ünün (n=65) kronik hastalığı, %98,7'sinin (n=77) bedensel engeli, %87,2'sinin (n=68) sürekli kullandığı ilaç bulunmamaktadır. Öğrencilerin %55,2'si (n=43) kilosunun normal olduğunu belirtmiş ve beden memnuniyeti ortalaması 7,34±2,83'tür.

**Tablo 6.** Öğrencilerin Beslenmeye İlişkin Özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Öğün Sayısı	İki	18	23,1
	Üç	51	<b>65,3</b>
	Dört	8	10,3
	Cevapsız	1	1,3
Öğün Atlama	Hayır	35	44,9
	Evet	42	<b>53,8</b>
	Cevapsız	1	1,3
*Besin Tercih Önceliği	Süt	29	37,2
	Meyve ve sebze	27	34,6
	Kurubaklagil	5	6,4
	Tahıl	4	5,1
	Et	19	24,4

Öğrencilerin %65,3'ünün (n=51) günlük öğün sayısı üçtür ve %53,8'i (n=42) öğün atlamaktadır. Öğrencilerin %37,2'si (n=29) sütü, %34,6'sı (n=27) meyve ve sebze, %6,4'ü (n=5) kurubaklagili, %5,1'i (n=4) tahılı, %24,4'ü (n=19) eti öncelikli tercih ettiğini belirtmiştir.

**Tablo 7.** Öğrencilerin Aktivite Durumu

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Düzenli Spor	Hayır	30	38,4
	Evet	47	<b>60,3</b>
	Cevapsız	1	1,3
	n	<b>Range (Min-Max)</b>	<b>AO±SS</b>
Günde Bilgisayar Dk	71	0-350	53,30±72,74
Günde Sokak Oyunu Dk	73	0-300	47,60±70,19
Haftada Spor Gün	67	0-7	1,76±1,77

Öğrencilerin %60,3'ü (n=47) düzenli spor yapmaktadır. Günde bilgisayarda geçirdikleri zaman ortalama 53,30±72,74 dakika, günde sokak oyununa ayırdıkları zaman ortalama 47,60±70,19 dakika, haftada spora ayırdıkları zaman ortalama 1,76±1,77 gündür.

**Tablo 8.** Öğrencilerin Aile Özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile Tipi	Çekirdek aile	67	<b>85,9</b>
	Geniş aile	9	11,5
	Cevapsız	2	2,6
Üvey Aile Üyesi	Yok	73	<b>93,6</b>
	Var	4	5,1
	Cevapsız	1	1,3
Anne Eğitim	Okur-yazar değil	2	2,6
	Okur-yazar	4	5,1
	İlkokul	25	<b>32,1</b>
	Ortaokul	15	19,2
	Lise	17	21,8
	Üniversite	12	15,4
	Cevapsız	3	3,8
Baba Eğitim	Okur-yazar	2	2,6
	İlkokul	17	21,7
	Ortaokul	18	23,1
	Lise	23	<b>29,5</b>
	Üniversite	12	15,4
	Yl/yl üstü	1	1,3
	Cevapsız	5	6,4
Anne Çalışma	Çalışmıyor	50	<b>64,1</b>
	Çalışıyor	27	34,6
	Cevapsız	1	1,3
Baba Çalışma	Çalışıyor	70	<b>89,8</b>
	Emekli	4	5,1
	Cevapsız	4	5,1
Yaşanılan Ev	Apartman	66	<b>84,6</b>
	Müstakil	12	15,4
Kendine Ait Oda	Yok	24	30,8
	Var	53	<b>67,9</b>
	Cevapsız	1	1,3

Öğrencilerin %85,9'u (n=67) çekirdek aileye sahip ve %93,6'sı (n=73) üvey aile üyesine sahip değildir. %32,1'inin (n=25) annesi ilkokul, %29,5'inin (n=23) babası lise mezunu, %64,1'inin (n=50) annesi çalışmamakta, %89,8'inin (n=70) babası çalışmakta, %84,6'sı (n=66) apartmanda yaşamakta, %67,9'unun (n=53) kendine ait odası bulunmaktadır.

**Tablo 9.** Öğrencilerin Aile Sağlığına İlişkin Özellikleri

		<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Ailede Obez	Yok	60	<b>76,9</b>
	Var	13	16,7
	Cevapsız	5	6,4
Ailede DM	Yok	65	<b>83,3</b>
	Var	10	12,9
	Cevapsız	3	3,8
Anne Kilo Nasıl	Normalden az	5	6,4
	Normal	59	<b>75,6</b>
	Normalden fazla	5	6,4
	Cevapsız	9	11,6
Baba Kilo Nasıl	Normalden az	1	1,3
	Normal	47	<b>60,2</b>
	Normalden fazla	18	23,1
	Cevapsız	12	15,4

Öğrencilerin %76,9'u (n=60) ailesinde obez birey bulunmadığını, %83,3'ü (n=65) ailesinde DM hastası olmadığını, %75,6'sı (n=59) annesinin, %60,2'si (n=47) babasının kilosunun normal olduğunu ifade etmiştir.

**Tablo 10.** Öğrencilerin Kişisel Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılması

		Sayı (n)	ÇFAA	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ II Toplam
Cinsiyet	Kız	38	3,16±0,75	20,18±5,62	21,63±5,76	22,10±3,70	29,57±5,09	28,78±4,16	22,97±4,51	145,26±22,22
	Erkek	40	3,30±0,84	19,75±6,43	20,02±6,21	22,67±5,08	27,60±6,20	25,27±5,66	21,42±5,09	136,75±28,73
Test	t,p		-0,760;0,449	0,317;0,752	1,182;0,241	-0,563;0,575	1,535;0,129	3,111; <b>0,003</b>	1,417;0,161	1,458;0,149
Doğum Yeri	Aydın	58	3,29±0,78	20,62±6,05	21,32±6,00	22,55±4,32	28,50±5,57	27,05±5,03	22,39±4,83	142,44±25,55
	Aydın Dışı	16	3,01±0,86	17,93±5,20	18,37±5,92	21,56±4,13	28,62±6,66	26,75±6,40	21,06±4,89	134,31±26,82
Test	U,p		362,500;0,183	347,500;0,125	328,000;0,074	413,000;0,501	439,500;0,747	445,000;0,803	393,500;0,353	383,500;0,290
En Uzun Yaşadığı Yer	Köy, Kasaba, İlçe	11	3,13±0,79	17,45±3,98	19,36±5,08	21,63±3,90	27,90±5,35	26,45±4,86	20,45±5,06	133,27±11,89
	Şehir, Büyük Şehir	63	3,22±0,81	20,50±6,37	21,23±6,27	22,50±4,67	28,65±5,99	27,01±5,40	22,52±4,92	142,44±28,21
Test	U,p		321,500;0,704	256,500;0,170	296,000;0,442	293,000;0,414	305,500;0,532	296,000;0,442	284,500;0,345	256,500;0,171
Kardeş sayısı	Bir	7	3,28±0,90	22,42±4,35	23,00±6,21	23,57±4,42	29,42±6,90	27,00±4,39	22,57±5,44	148,00±26,42
	İki	50	3,28±0,77	20,44±6,59	21,06±5,98	23,02±4,24	29,22±5,70	27,36±5,24	22,86±5,11	143,96±26,47
	Üç	12	2,83±0,83	19,00±5,25	19,08±6,18	19,83±4,83	27,08±5,94	25,66±6,32	20,91±4,16	131,58±25,14
	Dört ve Üzeri	7	3,40±0,88	17,00±3,21	20,71±4,85	21,71±4,71	26,85±4,91	27,85±3,89	20,00±2,51	134,14±18,31
Test	KW-H,p		2,269;0,518	3,451;0,327	1,703;0,636	3,815;0,282	2,922;0,404	0,921;0,820	3,792;0,285	2,834;0,418
Kaçınıcı Çocuk	Bir	40	3,20±0,88	20,25±6,51	20,42±6,46	22,47±4,60	29,50±6,25	26,77±5,49	22,45±5,51	141,87±28,79
	İki	26	3,25±0,73	20,53±6,35	21,80±5,96	23,23±4,37	28,80±4,77	28,11±4,80	22,53±4,34	145,03±23,84
	Üç ve Üzeri	10	3,24±0,73	18,20±1,87	20,40±2,75	20,30±3,83	25,10±5,13	25,80±5,00	20,80±2,97	130,60±13,30
Test	KW-H,p		0,123;0,940	1,111;0,574	1,411;0,494	3,753;0,153	6,108; <b>0,047</b>	2,211;0,331	1,005;0,605	3,808;0,149
Sosyal Güvence	Yok	7	2,97±0,45	19,00±5,35	16,57±3,7	21,71±3,35	22,71±6,18	23,42±5,96	19,14±4,05	122,57±19,04
	Var	62	3,30±0,80	20,24±6,17	21,51±5,99	22,56±4,48	29,43±5,19	27,54±4,59	22,56±4,75	143,87±24,97
Test	U,p		157,500;0,237	192,000;0,619	110,500; <b>0,034</b>	185,500;0,529	84,500; <b>0,008</b>	117,000; <b>0,046</b>	141,000;0,130	111,000; <b>0,035</b>

\* Cevapsızlar karşılaştırılmamıştır



Öğrencilerin kişisel özellikleri ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları karşılaştırıldığında;

Kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre Kişilerarası İlişkiler Alt Faktör puanları (3,111;0,003), ilk çocukların üç ve daha sonraki sırada doğan çocuklara göre Manevi Gelişim Alt Faktör puanları (6,108;0,047), sosyal güvencesi olan çocukların olmayanlara göre Fiziksel Aktivite (110,500;0,034), Manevi Gelişim (84,500;0,008), Kişilerarası ilişkiler Alt Faktör (117,000;0,046) ve SYBDÖ II toplam (111,000;0,035) puanları yüksek bulunmuştur.

Doğum yeri, en uzun yaşadığı yer, kardeş sayısı ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 11.** Öğrencilerin Eğitime İlişkin Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılması

		Sayı (n)	ÇFAA	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ II Toplam
Sınıf	Beşinci	32	3,53±0,75	21,87±6,22	22,03±6,47	24,17±4,62	29,37±6,11	28,46±5,17	23,50±5,73	149,37±28,18
	Altıncı	27	3,13±0,74	18,96±5,19	19,88±4,94	22,07±3,52	28,70±4,51	26,07±4,97	21,22±3,73	136,92±20,02
	Yedinci	19	2,89±0,82	18,15±6,14	20,05±6,53	19,94±4,22	27,00±6,58	25,78±5,46	21,31±4,34	132,26±26,57
Test	KW-H,p		7,504; <b>0,023</b>	6,036; <b>0,049</b>	2,512;0,285	10,112; <b>0,006</b>	2,173;0,337	4,072; 0,131	4,175;0,124	4,834;0,089
Geçen Yıllık Başarı	Orta	11	2,95±0,89	16,27±4,31	17,63±6,62	20,45±2,62	24,36±5,44	24,45±5,83	19,72±3,52	122,90±19,91
	İyi	24	3,17±0,64	18,87±4,56	19,70±4,84	22,12±3,66	27,45±4,68	25,87±4,21	22,04±3,48	136,08±17,32
	Çok iyi	43	3,34±0,85	21,51±6,62	22,23±6,14	23,04±5,07	30,25±5,75	28,25±5,37	22,88±5,61	148,18±28,71
Test	KW-H,p		1,293;0,255	2,643;0,104	0,614;0,433	2,322;0,128	2,685;0,101	0,962;0,327	3,923; <b>0,048</b>	4,704; <b>0,030</b>
Okula Geliş	Yürüyerek	34	3,17±0,78	19,41±6,02	20,70±6,35	22,52±4,41	28,08±5,40	27,00±5,70	22,02±4,68	139,76±25,37
	Araçla	41	3,27±0,82	20,58±6,06	21,19±5,76	22,24±4,67	29,31±5,97	27,12±5,03	22,68±4,99	143,14±26,86
Test	t,p		-0,494;0,622	-0,837;0,405	-0,349;0,728	0,270;0,788	-0,925;0,358	-0,098;0,922	-0,580;0,564	-0,556;0,580

\* Cevapsızlar karşılaştırılmamıştır

Öğrencilerin eğitime ilişkin özellikleri ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları karşılaştırıldığında;

5. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin 7. sınıfta öğrenim görenlere göre ÇFAA (7,504;0,023), Sağlık Sorumluluğu Alt Faktör (6,036;0,049) puanları; Beslenme Alt Faktör puanları (10,112;0,006) yüksek, geçen yıllık başarı durumu orta olanların iyi ve çok iyi olanlara göre Stres Yönetimi Alt Faktör (3,923;0,048) ve SYBDÖ II toplam (4,704;0,030) puanları düşük bulunmuştur.

Okula geliş şekli ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 12.** Öğrencilerin Sağlığa İlişkin Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılması

		Sayı (n)	ÇFAA	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ II Toplam
Kronik Hastalık	Yok	65	3,25±0,75	19,84±5,82	20,64±5,98	22,61±3,95	28,44±5,44	26,75±5,18	22,27±4,82	140,58±24,74
	Var	8	2,95±1,16	18,62±5,52	20,75±6,31	19,37±4,68	28,62±7,32	28,75±4,46	21,25±3,15	137,37±23,85
Test	U,p		217,000;0,448	235,500;0,665	258,500;0,979	153,500;0,059	236,500;0,677	207,000;0,348	224,000;0,524	235,000;0,659
Sürekli İlaç	Yok	68	3,23±0,78	19,86±6,24	20,54±6,05	22,64±4,29	28,55±5,73	26,97±5,40	21,97±5,00	140,55±26,79
	Var	9	3,25±1,01	20,11±4,37	22,22±5,97	19,55±4,09	29,00±6,28	27,33±4,63	23,33±3,70	141,55±20,91
Test	U,p		274,500;0,617	277,000;0,645	248,000;0,357	183,000;0,050	289,500;0,793	305,500;0,994	243,000;0,316	292,500;0,830
Size Göre Kilo	Normal	43	3,35±0,73	20,90±5,95	21,04±5,58	23,20±3,85	29,02±5,84	27,69±4,83	22,25±5,16	144,13±24,49
	Normalden fazla	32	3,06±0,88	19,03±6,14	20,68±6,24	21,43±5,12	27,96±5,72	26,12±5,61	22,15±4,50	137,40±27,35
Test	t,p		1,567;0,121	1,331;0,187	0,262;0,794	1,709;0,092	0,779;0,438	1,300;0,198	0,087;0,931	1,120;0,265

\* Cevapsızlar karşılaştırılmamıştır

Öğrencilerin sağlığa ilişkin özellikleri ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları karşılaştırıldığında;

Sürekli ilaç kullananların kullanmayanlara göre Beslenme Alt Faktör (183,000;0,050) puanları düşük bulunmuştur.

Kronik hastalık ve size göre kilo ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 13.** Öğrencilerin Beslenmelerine İlişkin Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılması

		Sayı (n)	ÇFAA	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ II Toplam
Öğün Sayısı	İki	18	3,37±1,00	18,94±5,56	20,77±7,16	21,88±5,02	28,00±6,58	27,72±5,90	21,27±5,69	138,61±29,60
	Üç	51	3,28±0,69	20,74±6,30	21,43±5,65	23,01±4,02	28,86±5,55	27,05±4,85	22,52±4,72	143,64±24,81
	Dört	8	2,73±0,80	17,87±4,88	18,25±4,23	19,62±5,26	29,12±4,64	25,62±6,52	22,62±3,73	133,12±23,57
Test	KW-H		4,252;0,119	1,808;0,405	1,619;0,445	2,555;0,279	0,123;0,940	1,209;0,546	1,421;0,492	1,037;0,119
Öğün Atlama	Hayır	35	3,30±0,72	21,05±6,43	21,42±5,91	23,54±4,13	29,65±4,85	27,65±4,95	23,62±4,77	146,97±25,53
	Evet	42	3,20±0,86	19,16±5,61	20,54±5,97	21,45±4,56	27,88±6,21	26,57±5,49	21,09±4,65	136,71±25,34
Test	t,p		0,518;0,606	1,377;0,173	0,647;0,520	2,087; <b>0,040</b>	1,376;0,173	0,902;0,370	2,349; <b>0,021</b>	1,762;0,82

\* Cevapsızlar karşılaştırılmamıştır

Öğrencilerin beslenmelerine ilişkin özellikleri ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları karşılaştırıldığında;

Öğrencilerden öğün atlayanların atlamayanlara göre Beslenme (2,087;0,040) ve Stres Yönetimi (2,349;0,021) Alt Faktör puanları düşük bulunmuştur.

Öğün sayısı ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 14.** Öğrencilerin Aktivite Durumu ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılması

		Sayı (n)	ÇFAA	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ II Toplam
Düzenli Spor	Hayır	30	2,75±0,75	17,13±4,53	17,06±4,29	20,93±4,20	27,43±5,15	25,10±5,50	20,53±3,84	128,20±18,53
	Evet	47	3,56±0,66	21,87±6,18	23,42±5,50	23,34±4,42	29,48±5,88	28,31±4,72	23,34±5,13	149,78±26,38
Test	t,p		-4,939; <b>0,001</b>	-3,619; <b>0,001</b>	-5,365; <b>0,001</b>	-2,372; <b>0,020</b>	-1,566;0,122	-2,733; <b>0,008</b>	-2,566; <b>0,012</b>	-3,904; <b>0,001</b>

\* Cevapsızlar karşılaştırılmamıştır

Öğrencilerin aktivite durumu ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları karşılaştırıldığında;

Düzenli spor yapanların yapmayanlara göre ÇFAA (-4,939;0,001), Sağlık Sorumluluğu (-3,619;0,001), Fiziksel Aktivite (-5,365;0,001), Beslenme (-2,372;0,020), Kişilerarası İlişkiler (-2,733;0,008) Alt Faktörleri ve SYBDÖ II toplam (-3,904;0,001) puanları yüksek bulunmuştur.

**Tablo 15.** Öğrencilerin Aile Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılması

		Sayı (n)	ÇFAA	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ II Toplam
Aile Tipi	Çekirdek Aile	67	3,17±0,80	19,53±5,97	20,35±5,99	22,26±4,42	28,64±5,58	26,95±5,26	21,94±4,67	139,70±24,97
	Geniş Aile	9	3,65±0,73	22,66±6,40	23,55±5,68	23,00±5,19	27,44±7,53	27,44±6,08	23,88±6,50	148,00±35,06
Test	U,p		207,000;0,129	220,000;0,189	215,500;0,166	293,000;0,891	286,500;0,809	280,500;0,735	254,500;0,449	275,000;0,670
Anne Eğitim	İlkokul ve Altı	31	3,30±0,66	19,83±5,90	20,06±5,97	22,38±3,93	27,80±6,07	26,51±5,64	20,87±4,93	137,48±24,85
	İlkokul Üstü	44	3,22±0,90	20,29±6,22	21,54±6,12	22,59±4,74	29,13±5,61	27,54±5,08	22,93±4,74	144,04±27,27
Test	t,p		0,445;0,657	-0,319;0,750	-1,042;0,301	-0,196;0,845	-0,977;0,332	-0,825;0,412	-1,822;0,073	-1,064;0,291
Baba Eğitim	İlkokul ve Altı	19	3,01±0,80	20,05±6,51	19,05±6,47	21,47±3,94	26,94±6,28	25,94±6,32	21,57±4,42	135,05±27,79
	İlkokul Üstü	54	3,35±0,80	20,14±5,99	21,66±5,73	22,74±4,77	29,46±5,20	27,62±4,94	22,44±5,06	144,09±25,54
Test	U,p		403,000;0,167	512,500;0,995	397,000;0,144	446,000;0,398	390,500;0,123	424,000;0,262	469,000;0,579	418,000;0,232
Anne Çalışma	Çalışmıyor	50	3,23±0,75	19,90±5,93	19,80±5,72	21,66±4,43	27,80±5,65	25,88±4,77	21,90±4,65	136,94±24,65
	Çalışıyor	27	3,27±0,89	20,25±6,31	23,07±5,81	23,77±4,28	30,33±5,42	29,25±5,46	22,88±5,22	149,59±26,24
Test	U,p		650,000;0,790	650,000;0,789	463,000; <b>0,023</b>	480,500; <b>0,037</b>	483,000; <b>0,040</b>	369,500; <b>0,001</b>	619,000;0,549	463,000; <b>0,024</b>
Yaşanılan Ev	Apartman	66	3,21±0,78	19,92±5,77	20,83±5,91	22,43±4,28	28,62±5,70	27,04±5,19	22,13±4,85	141,00±24,82
	Müstakil	12	3,35±0,94	20,16±7,50	20,66±6,81	22,16±5,45	28,25±6,18	26,66±5,85	22,41±5,07	140,33±32,81
Test	U,p		345,500;0,484	382,000;0,846	394,000;0,978	370,000;0,718	385,000;0,879	393,000;0,967	391,000;0,945	392,000;0,956
Kendine Ait Oda	Yok	24	2,93±0,75	18,66±4,96	18,12±5,40	20,50±4,20	26,33±5,49	24,87±4,37	20,91±3,56	129,41±20,36
	Var	53	3,35±0,79	20,54±6,45	22,01±5,98	23,26±4,35	29,54±5,66	27,92±5,43	22,73±5,31	146,03±26,95
Test	U,p		459,000; <b>0,052</b>	541,000;0,295	405,000; <b>0,011</b>	438,000; <b>0,029</b>	413,000; <b>0,014</b>	400,000; <b>0,009</b>	487,000;0,100	396,500; <b>0,008</b>

\* Cevapsızlar karşılaştırılmamıştır

Öğrencilerin Aile Özellikleri ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları karşılaştırıldığında;

Annesi çalışanların çalışmayanlara göre ve kendine ait odası olan çocukların olmayanlara göre Fiziksel Aktivite (463,000;0,023/405,000;0,011), Beslenme (480,500;0,037/438,000;0,029), Manevi Gelişim (483,000;0,040/413,000;0,014), Kişilerarası İlişkiler (369,500;0,001/400,000;0,009) Alt Faktör puanları ve SYBDÖ II toplam (463,000;0,024/396,500;0,008) puanları yüksek bulunmuştur.

Aile tipi, anne eğitim, baba eğitim, yaşanan ev ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 16.** Öğrencilerin Aile Sağlığına İlişkin Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılması

		Sayı (n)	ÇFAA	Sağlık Sorumluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ II Toplam
Ailede Obez	Yok	60	3,24±0,82	20,15±6,25	20,63±6,06	22,16±4,81	28,28±5,74	26,63±5,56	21,71±4,88	139,58±27,13
	Var	13	3,24±0,77	20,00±5,91	21,61±5,95	23,46±3,33	30,00±5,52	28,69±3,68	24,30±4,53	148,07±21,62
Test	U,p		380,500;0,891	379,000;0,874	374,500;0,823	304,000;0,213	319,000;0,305	298,000;0,184	283,500;0,123	307,500;0,234
Ailede DM	Yok	65	3,27±0,82	19,76±6,25	20,78±6,15	22,53±4,50	28,86±5,57	26,86±5,45	21,96±4,93	140,78±26,66
	Var	10	3,06±0,69	21,50±5,08	21,40±4,62	21,50±4,88	27,10±6,53	27,90±4,22	23,50±4,45	142,90±22,49
Test	U,p		259,500;0,307	255,000;0,274	306,000;0,767	288,000;0,563	272,000;0,408	293,000;0,617	266,000;0,356	323,500;0,981

\* Cevapsızlar karşılaştırılmamıştır

Öğrencilerin aile sağlığına ilişkin özellikleri ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları karşılaştırıldığında; ailede obezite ve DM ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 17.** Öğrencilerin Yaş, Haftada Spor Gün, Beden Memnuniyeti, Eğitim Öncesi SYBDÖ II ve Alt Faktörleri, ÇFAA Puanlarının İlişkisi

		Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖ II Toplam	ÇFAA
Yaş	r	-0,225	-0,127	-0,328	-0,135	-0,200	-0,167	-0,239	-0,266
	p	<b>0,049</b>	0,270	<b>0,004</b>	0,242	0,082	0,146	<b>0,036</b>	<b>0,019</b>
Haftada Spor Gün	r	0,256	0,316	0,252	0,241	0,352	0,276	0,352	0,336
	p	<b>0,037</b>	<b>0,009</b>	<b>0,040</b>	<b>0,049</b>	<b>0,003</b>	<b>0,024</b>	<b>0,004</b>	<b>0,006</b>
Beden Memnuniyeti	r	0,193	0,142	0,308	0,243	0,073	0,276	0,352	0,336
	p	0,104	0,234	<b>0,009</b>	<b>0,040</b>	0,543	<b>0,024</b>	<b>0,004</b>	<b>0,006</b>
ÇFAA	r	0,499	0,634	0,458	0,379	0,410	0,385	0,580	
	p	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	



Yaş ile Sağlık Sorumluluğu Alt Faktörü (-0,225;0,049), SYBDÖ II Toplam (-0,239;0,036) ve ÇFAA (-0,266;0,019) arasında negatif yönlü düşük düzeyde, Beslenme Alt Faktörü (-0,328;0,004) arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

Haftada spor gün ile Sağlık Sorumluluğu (0,256;0,037), Beslenme (0,252;0,040), Manevi Gelişim ( 0,241;0,049), Kişilerarası İlişkiler (0,352;0,003), Stres Yönetimi Alt Faktörleri (0,276;0,024) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde, Fiziksel Aktivite Alt Faktörü (0,316;0,009), SYBDÖ II Toplam (0,352;0,004), ve ÇFAA (0,336;0,006) arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

Beden memnuniyeti ile Manevi Gelişim (0,243;0,040) , Stres Yönetimi Alt Faktörleri (0,276;0,024) pozitif yönlü düşük düzeyde, Beslenme Alt Faktörü (0,308;0,009), SYBDÖ II Toplam (0,352;0,004), ve ÇFAA (0,336;0,006) arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

ÇFAA ile Sağlık Sorumluluğu (0,499;0,001), Fiziksel Aktivite (0,634;0,001), Beslenme (0,458;0,001), Manevi Gelişim (0,379;0,001), Kişilerarası İlişkiler (0,410;0,001), Stres Yönetimi (0,385;0,001) alt faktörleri ve SYBDÖ II toplam (0,580;0,001) arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

**Tablo 18.** Öğrencilerin Eğitim Öncesi, Eğitim Sonrası Birinci İzlem ve Eğitim Sonrası İkinci İzlem ile ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktör Puanlarının Karşılaştırılması

	Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası 1. İzlem			Eğitim Sonrası 2. İzlem			F	p
	n	Range	AO±SS	n	Range	AO±SS	n	Range	AO±SS		
Ölçek Puanları											
Sağlık Sorumluluğu	78	10-36	19,96±6,02	75	9-36	22,50±6,83	76	9-36	22,72±7,20	5,035	<b>0,008</b>
Fiziksel Aktivite	78	9-32	20,80±6,01	75	11-32	22,96±5,26	76	12-32	23,63±5,22	6,284	<b>0,002</b>
Beslenme	78	13-34	22,39±4,44	75	12-36	23,85±5,25	76	13-36	24,76±5,28	5,709	<b>0,004</b>
Manevi Gelişim	78	12-36	28,56±5,74	75	15-36	29,96±5,24	76	15-36	29,64±5,30	1,572	0,211
Kişilerarası İlişkiler	78	10-36	26,98±5,26	75	14-36	28,81±4,92	76	11-36	28,40±5,52	3,145	<b>0,046</b>
Stres Yönetimi	78	10-32	22,17±4,85	75	13-32	23,86±4,50	76	10-32	23,63±5,30	3,058	<b>0,050</b>
SYBDÖ II Toplam	78	77-206	140,89±25,96	75	87-208	151,96±25,28	76	78-208	152,80±27,72	6,227	<b>0,003</b>
ÇFAA	78	1,32-4,66	3,23±0,80	75	1,72-4,77	3,41±0,70	76	1,37-4,81	3,54±0,73	2,470	0,088

Öğrencilerin eğitim öncesi, eğitim sonrası birinci izlem ve eğitim sonrası ikinci izlem ile ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktör puanları karşılaştırıldığında;

Eğitim sonrası birinci izlem ve eğitim sonrası ikinci izlem Sağlık Sorumluluğu (5,035;0,008), Fiziksel Aktivite (6,284;0,002), Beslenme (5,709;0,004), SYBDÖ II Toplam (6,227;0,003) puanlarının eğitim öncesi puanlarına göre yüksek olduğu; Eğitim sonrası birinci izlem Kişilerarası İlişkiler (3,145;0,046) ve Stres Yönetimi (3,058;0,050) puanlarının eğitim öncesi puanlarına göre yüksek olduğu bulunmuştur.

Eğitim öncesi, eğitim sonrası birinci izlem ve eğitim sonrası ikinci izlem Manevi Gelişim (1,572;0,211) ve ÇFAA (2,470;0,088) puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

## 5. TARTIŞMA

Ortaokul öğrencilerinde yapılan araştırmalar okul sağlığı uygulamalarının önemli bir kısmını kapsamaktadır. Çünkü bu dönemlerde varlığı halinde bir sorunun saptanması ve çözümü çok daha mümkündür. Bu çalışmada "Obezite Açısından Riskli Ergenlere Verilen Olumlu Sağlık Davranışları Geliştirme Eğitiminin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Fiziksel Aktivite Üzerine Etkisi" araştırılmıştır.

### 5.1. Öğrencilerin Kişisel Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda öğrencilerin %48,7'si (n=38) kız, %51,3'ü (n=40) erkek olup yaş ortalamaları  $11,77 \pm 0,92$ 'dir. Öğrencilerin %74,4'ünün (n=58) doğum yeri Aydın, %46,2'sinin (n=36) en uzun yaşadıkları yer büyük şehir, %64,1'inin (n=50) kardeş sayısı iki, %51,2'si (n=40) birinci çocuk, %61,5'inin (n=48) ekonomik durumu gelir gidere denk, %79,5'inin (n=62) sosyal güvencesi bulunmaktadır.

Yücesan Aktaş'ın (2001) Konya İl Merkezinde Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki 9-11 Yaş Grubu Öğrencilerin Obezite Prevelansı ve Bunu Etkileyen Etmenlere ilişkin çalışmasında öğrencilerin çoğunluğunun bir kardeşe sahip olduğunu; Akış ve ark'nın (2003) Bursa İli Orhangazi İlçesi 6 Merkez İlköğretim Okulunda 6-14 Yaş Grubu Öğrencilerde Kilo Fazlalığı ve Obezite çalışmasında öğrencilerin %48,2'sinin kız, %51,8'inin erkek, öğrencilerin yaş ortalamalarının  $10,0 \pm 2,4$  olduğunu bulmuşlardır.

Fiveash'in (2003) Afro-Amerikan Okul Öğrencilerinde Obezite, Yaşam Kalitesi ve Sağlık Bakımı Arasındaki İlişkiyi incelediği çalışmasında fazla kilolu olarak sınıflandırılan öğrencilerin %48,8'inin kız, %51,2'sinin erkek, yaş ortalamalarının  $9,84 \pm 0,98$  olduğunu ve %12,4'ünün sağlık güvencesinin bulunmadığını; Uskun ve ark'nın (2005) İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Gelişimini Etkileyen Faktörler isimli çalışmalarında öğrencilerin %30,5'inin kız, %69,5'inin erkek, yaş ortalamalarının  $10,7 \pm 1,9$ , %33,1'inin iki ve daha fazla kardeşe sahip ve %44,9'unun birinci çocuk olduğunu bulmuşlardır.

Gümüşler'in (2006) Rize İli Çayeli İlçesindeki Lise Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Beslenme Alışkanlıkları çalışmasında öğrencilerin %45'inin kız, %55'inin erkek olduğunu, %10'unun sosyal güvencesinin olmadığını ve ortalama 3 kardeşe sahip olduklarını bulmuştur. Mcleod'ın (2006) Adölesan Fastfood ve Diğer Yeme Davranışları, Televizyon İzleme Davranışları ve Fiziksel Aktivite Sıklığı: Obeziteyi Önleme Davranışları İçin Değişim ve Öz Etkililik Aşamaları çalışmasında öğrencilerin %64,6'sı kız, %35,4'ü erkek olup yaş ortalamaları  $16,9 \pm 1,31$ 'dir. Gözü'nün (2007) Mardin İli İlköğretim Okullarında 6-15 Yaş Grubu Öğrencilerde Kilo Fazlalığı ve Obezite Prevelansı çalışmasında öğrencilerin %48,1'inin kız, %51'inin erkek olduğunu ve yaş ortalamalarının  $10,57 \pm 2,3$  olduğunu; Pesen Vural (2007) Manisa'da Seçilen İki İlköğretim Okulunda Adölesan Yaş Grubundaki Çocuklarda Obezite, Hipertansiyon, Hiperlipidemi Sıklığı ve Etkileyen Faktörler çalışmasında öğrencilerin %72,1'inin doğum yerinin il merkezi, %35,6'sının ailede ikinci çocuk, %61,4'ünün aile gelirinin giderlerine eşit, %73,8'inin bir sosyal güvencesinin olduğunu bulmuştur.

Ceylan ve Turan (2008) Bir İlköğretim Okulunda 11-14 Yaş Arasındaki Öğrencilerde Obezite Sıklığı ve Etkileyen Etmenler çalışmalarında öğrencilerin yaş ortalamalarını  $12,4 \pm 1,1$  ve %48,3'ünü kız, %51,7'sini erkek; Korkmaz (2008) Kocaeli İli Gebze İlçesindeki İlköğretim II. Basamak (6, 7, 8 Sınıf) Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Beslenme Davranışları çalışmasında öğrencilerin %51,3'ünü kız, %48,7'sini erkek ve %69,2'sinin kardeş sayısını 0-2 arasında bulmuştur.

Al-Shamsi (2008) UAE, Al-Ain'de Çocuk ve Adölesanlar Arasında Aşırı Kilo ve Obezitenin Sıklığı ve Seçilmiş Belirleyicileri çalışmasında öğrencilerin %51,4'ünün kız, %48,6'sının erkek, yaş ortalamalarının  $10,8 \pm 1,24$ ; Atamtürk'ün (2009) Alt Sosyoekonomik Düzeyde Yer Alan Çocuklarda Aşırı Kiloluluğun ve Obezitenin Yaygınlığı çalışmasında öğrencilerin %33,2'sinin iki kardeşe sahip; Aksoydan ve Çakır'ın (2011) Adölesanların Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Vücut Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi çalışmalarında öğrencilerin %53'ünün kız, %47'sinin erkek ve yaş ortalamalarının  $13,8 \pm 2,46$ ; Erdoğan (2011) Lefkoşa Merkezde Öğrenim Gören Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler çalışmasında öğrencilerin %66'sının doğum yerinin il merkezi, %83,5'inin sosyal güvencesinin,

%78,5'inin 1-2 kardeşe sahip, %51,6'sının ailede birinci çocuk, %26,3'ünün kendi algılarına göre ekonomik durumunun orta olduğunu bulmuştur.

Metinoğlu ve ark (2012) Kastamonu'da 10-12 Yaş Grubu Öğrencilerde Obezite Prevalansı ve Etkileyen Faktörler isimli araştırmalarında öğrencilerin %46'sının kız, %54'ünün erkek olduğunu bulmuşlardır. Çelik (2012) Tokat İl Merkezindeki İlköğretim Öğrencilerinin Beslenme Bilgi Düzeyleri ve Alışkanlıkları ile Obezite Sıklığını Etkileyen Faktörler çalışmasında araştırmaya katılan öğrencilerin %47,3'ünün kız, %52,7'sinin erkek ve yaş ortalamalarının  $12,2\pm 0,9$  olduğunu bulmuştur. Vançelik ve ark'nın (2013) Erzurum'da 7-11 Yaş Okul Çocuklarında Obezitenin Önlenmesine Yönelik Yapılan Girişimlerin Etkinliğinin Değerlendirilmesi çalışmalarında öğrencilerin %51,9'u kız, %48,1'i erkek olup, yaş ortalamaları  $9,2\pm 1,4$ 'tür. Öğrencilerin %93,2'si il merkezinde yaşamakta, %51,9'unun ekonomik durumu gelir gidere denk ve %74,3'ünün sosyal güvencesi bulunmaktadır. Çetinkaya (2013) Lise Öğrencisi Erkek Ergenlerde Problem Çözme Eğitiminin Problem Çözme Becerisi, Kişilerarası İlişki Tarzı ve Öfke Kontrolü Üzerine Etkisi çalışmasında öğrencilerin %83'ünün doğum yeri aydın, %40,8'i iki kardeş ve %38,1'inin ikinci çocuk olduğunu bulmuştur. Çınar (2013) Farklı Sosyoekonomik Düzeylerdeki 7-14 Yaş Grubundaki Çocuklarda Obezitenin İncelenmesi çalışmasında öğrencilerin %52,6'sının kız, %47,4'ünün erkek ve yaş ortalamalarının  $10,25\pm 2,03$  olduğunu; Kılınçarslan Törüner ve ark (2014) Anne Babaların Çocuklarının Kiloları Hakkındaki Algıları çalışmalarında araştırmaya katılan öğrencilerin %61,4'ünün ekonomik durumlarının gelir gidere denk olduğunu bildirdiklerini bulgulamışlardır.

Savaşhan ve ark'nın (2015) İlkokul Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı ve Risk Faktörleri çalışmalarında araştırmaya katılan öğrencilerin %51,1'i erkek, %48,9'u kız; Hekim ve Yüksel'in (2015) Ortaokul Öğrencilerinin Beden Kitle İndeksi ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaş, Cinsiyet ve Spor Yapma Durumlarına Göre İncelenmesi çalışmalarında araştırmaya katılan öğrencilerin %54,7'si kız, %45,3'ü ise erkek; Merder Coşkun'un (2015) Çocuk ve Ergenlerde Kas-İskelet Sistemi Muayene Bulgularının Obezite İle İlişkisi çalışmasında araştırmaya katılan öğrencilerin %49,7'si kız, %50,3'ü erkek ve yaş ortalamaları  $10,5\pm 2,4$ 'tür.

Yaş, cinsiyet, gelir durumu, doğum yeri ve sosyal güvenceye ilişkin çalışma bulgularımız alan yazın bulguları ile paralellik göstermektedir. Ancak kardeş sayısı ve doğum sırasına ilişkin çalışma bulgularımızda farklılıklar göze çarpmaktadır.

## **5.2. Öğrencilerin Eğitime İlişkin Özelliklerinin Tartışılması**

Öğrencilerin %41'i (n=32) beşinci sınıf, %34,6'sı (n=27) altıncı sınıf ve %24,4'ü (n=19) yedinci sınıftır. Öğrencilerin %55,1'inin (n=43) geçen yılki başarı durumu çok iyi, %43,6'sı (n=34) okula yürüyerek gelmektedir.

Pesen Vural'ın (2007) çalışmasında öğrencilerin %46,8'i okul başarısını iyi; Korkmaz (2008) çalışmasında kız öğrencilerin %39'u okul başarı durumunu takdir, erkek öğrencilerin %36,2'si okul başarı durumunu teşekkür öğrencisi olarak ifade ettiklerini bulmuştur.

Çınar'ın (2013) çalışmasında öğrencilerin %53,7'sinin başarı durumu iyi, %70,5'i okula yürüyerek gitmektedir. Merder Coşkun'un (2015) çalışmasında öğrencilerin %82,4'ü okula yürüyerek gelmektedir.

Öğrencilerin başarı durumuna ilişkin çalışma bulgumuz alan yazın bulgularına benzemekle birlikte, okula yürüyerek gelme sıklığı açısından çalışma bulgumuz alan yazın ile çelişmektedir. Bunun sebebinin çalışmanın yapıldığı okulun il merkezinde işlek bir cadde yakınında olmasından ve çalışmaların farklı illerde yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

## **5.3. Öğrencilerin Sağlığa İlişkin Özelliklerinin Tartışılması**

Öğrencilerin %83,3'ünün (n=65) kronik hastalığı, %98,7'sinin (n=77) bedensel engeli, %87,2'sinin (n=68) sürekli kullandığı ilaç bulunmamaktadır. Öğrencilerin %55,2'si (n=43) kilosunun normal olduğunu belirtmiş ve beden memnuniyeti ortalamaları  $7,34 \pm 2,83$ 'tür.

Yücesan Aktaş (2001) çalışmasında erkek öğrencilerin %44,9'unda, kız öğrencilerin %53,4'ünde herhangi bir sağlık problemine rastlanmadığını; Önay (2002) Ankara'da Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeylerdeki 14-15 Yaş Grubu Öğrencilerin Beslenme Durumu ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler çalışmasında araştırmaya katılan öğrencilerin %28,7'sinde süregelen bir sağlık sorununun olmadığını ve %50,4'ünde sağlığı ile ilgili ilaç kullanmadığını; Pesen Vural (2007) çalışmasında öğrencilerin %51,9'unun kilosunun normal, %63,5'inin beden/vücut ölçülerinden memnun olduğunu; Korkmaz (2008) çalışmasında kız öğrencilerin %65,5'inin, erkek öğrencilerin %70'inin kilosunu normal algıladığını, kız öğrencilerin %62,9'unun, erkek öğrencilerin %64,6'sının kronik hastalığı bulunmadığını; Evrim (2010) Ankara İli Etimesgut İlçesi Şeyh Şamil İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Obezite Durumu isimli çalışmasında öğrencilerin %89,2'sinin herhangi bir sağlık sorunu olmadığını, %55,1'inin fiziksel görünümünden memnun olduğunu, %59,3'ünün normal kiloda olduğunu; Aksoydan ve Çakır (2011) çalışmalarında erkek öğrencilerin %68'i, kız öğrencilerin %63,9'u kilolarını normal olarak değerlendirdiğini; Erdoğan (2011) çalışmasında öğrencilerin %37'sinin kilosunu şişman olarak algıladığını; Merder Coşkun (2015) çalışmasında öğrencilerin %10,7'sinin kronik hastalığı, %6,9'unun kronik ilaç kullanımı olduğunu tespit etmişlerdir.

Çalışma bulguları alan yazına benzer özellik göstermektedir. Ancak öğrencilerin kilosunu algılama şekilleri açısından çalışmamız Erdoğan'ın (2011) çalışması ile çelişmektedir. Bunun nedeni olarak öğrencilerin yaş dönemi özelliklerindeki farklılıktan kaynaklandığı düşünülebilir.

#### **5.4. Öğrencilerin Beslenmeye İlişkin Özelliklerinin Tartışılması**

Öğrencilerin %65,3'ünün (n=51) günlük öğün sayısı üçtür ve %53,8'i (n=42) öğün atlamaktadır. Öğrencilerin %37,2'si (n=29) sütü, %34,6'sı (n=27) meyve ve sebze, %6,4'ü (n=5) kurubaklagili, %5,1'i (n=4) tahılı, %24,4'ü (n=19) eti öncelikli tercih ettiğini belirtmiştir.

Yücesan Aktaş (2001) çalışmasında öğrencilerin %47,6'sının öğün sayısının üçten az olduğunu ve %21,5'i et ve et ürünlerini, %12,8'i süt ve süt ürünlerini, %80,1'i tahıl ürünlerini, %37,1'i sebze, %18,9'u meyveyi her gün tükettiğini, %13,4'ü kurubaklagilleri

gün aşırı tükettiğini bulmuştur. Mcleod (2006) çalışmasında öğrencilerin %10,1'inin günde 2-3 kez, %30,8'inin neredeyse her gün son ayda meyve ve sebze tükettiğini belirtmiştir.

Öztürk ve Aktürk (2011) İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Prevalansı ve İlişkili Risk Faktörleri çalışmalarında öğrencilerin %66,4'ü öğün atladıklarını, %64,7'si günlük öğün sayısını üç olarak belirttiğini; Metinoğlu ve ark (2012) çalışmalarında öğrencilerin %55'i öğün atlar mısın sorusuna evet yanıtını verdiğini; Kabaran ve Gezer (2013) Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki Çocuk ve Adölesanlarda Akdeniz Diyetine Uyum ile Obezitenin Belirlenmesi çalışmalarında öğrencilerin %80,3'ünün düzenli olarak günde 3 ana öğün yaptıklarını, %57,2'sinin ana öğünü atlamadıklarını bulmuşlardır. Özilbey (2013) İlköğretim 1. Kademe Öğrencilerinde Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi isimli çalışmasında öğrencilerin %84,3'ünün öğün atladığını bildirmiştir.

Çalışma bulgularımız öğün sayısı ve öğün atlama açısından büyük oranda benzerlik göstermesine rağmen öncelikli tercih edilen besinler açısından literatür ile çelişmektedir. Bunun sebebi olarak öğrencilerin yaşadıkları bölgelerdeki ve gelir seviyelerindeki farklılıklar, yiyeceklerin erişilebilirliğinin olabileceği düşünülmüştür.

## 5.5. Öğrencilerin Aktivite Durumunun Tartışılması

Öğrencilerin %60,3'ü (n=47) düzenli spor yapmaktadır. Günde bilgisayarda geçirdikleri zaman ortalama 53,30±72,74 (medyan 30) dakika, günde sokak oyununa ayırdıkları zaman ortalama 47,60±70,19 dakika (medyan 0), haftada spora ayırdıkları zaman ortalama 1,76±1,77 (medyan 2) gündür.

Mcleod'ın (2006) çalışmasında öğrencilerin %25,2'si günde 2-3 kez, %38,8'i neredeyse her gün son ayda fiziksel aktivite yaptığını ve %10,3'ü son ayda en sık yaptığı fiziksel aktivite arasında yürüyüş olduğunu ve %27,7'si bilgisayar kullanmanın son ayda en sık yaptıkları aktiviteler arasında yer aldığını belirtmiştir. Ceylan ve Turan (2008) çalışmalarında öğrencilerin %53,1'inin haftada en az üç gün 30-60 dakika egzersiz yaptığını saptamışlardır. Aksoydan ve Çakır (2011) çalışmalarında öğrencilerin günde bilgisayar başında geçirdikleri süreyi 1,9±1,78 saat; Özilbey (2013) çalışmasında



öğrencilerin ortalama bilgisayar başında geçirilen süreyi  $2,2 \pm 1,5$  saat olarak belirtmiştir. Daştan ve ark'nın (2014) İzmir İlinde 7-18 Yaş Arası Öğrencilerde Obezite ve Fazla Kilo Prevalansı çalışmalarında öğrencilerin ortalama bilgisayarda geçirdikleri zamanı 1,32 saat olarak bulmuştur. Merder Coşkun (2015) çalışmasında öğrencilerin haftalık spor yapma süresini  $1 \pm 2,9$  saat; haftalık oyun oynama süresini  $7,6 \pm 7,7$  saat; haftalık bilgisayar oynama süresini  $6,4 \pm 7,8$  saat olarak belirtmiştir.

Çalışmamızda yer alan öğrencilerin aktivite durumuna ilişkin özellikleri alan yazına benzer özellikler taşımaktadır.

## 5.6. Öğrencilerin Aile Özelliklerinin Tartışılması

Öğrencilerin %85,9'u (n=67) çekirdek aileye sahiptir ve %93,6'sı (n=73) üvey aile üyesine sahip değildir. %32,1'inin (n=25) annesi ilkokul, %29,5'inin (n=23) babası lise mezunu, %64,1'inin (n=50) annesi çalışmamakta, %89,8'inin (n=70) babası çalışmakta, %84,6'sı (n=66) apartmanda yaşamakta, %67,9'unun (n=53) kendine ait odası bulunmaktadır.

Uskun ve ark'nın (2005) çalışmalarında öğrencilerin %59,6'sının anne eğitimi, %74,6'sının baba eğitimi lise ve üstü, %65,8'inin annesi ev hanımı/emekli, %91,2'sinin babası memur/işçi, serbest/esnaf olarak bulmuşlardır. Pesen Vural'ın (2007) çalışmasında öğrencilerin %79'unun annesi, %80,2'sinin babası ilkokul mezunu olup, %92,7'sinin annesi ev hanımı iken, %78,1'inin babası çalışmaktadır. Öğrencilerin %79,8'i çekirdek aileye sahip, %77,3'ü müstakil evde yaşamakta ve %64,4'ünün kendisine ait bir odası bulunmamaktadır.

Korkmaz'ın (2008) çalışmasında öğrencilerin %49'unun annesi, %36,1'inin babası ilkokul mezunu olup %75,9'unun annesi işsiz/ev hanımı, %4,1'inin babası çalışmamaktadır. Al-Shamsi'nin (2008) çalışmasında öğrencilerin %47'sinin annesi, %51,1'inin babası lise mezunu ve %87,1'inin annesi çalışmamaktadır. Kutlu ve Çivi (2009) Özel Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıklarının ve Beden Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi çalışmalarında öğrencilerin %93'ünün çekirdek aileye sahip olduğu, %31,7'sinin annesinin ilkokul, %44,6'sının babasının üniversite mezunu, %74'ünün

annesinin ev hanımı olduğunu bulunmuşlardır. Atamtürk'ün (2009) belirttiğine göre öğrencilerin %70,4'ünün annesi, %59,8'inin babası ilkokul mezunudur.

Smith (2011) Afro-Amerikan ve Latin Adölesanlar Arasında Obezite ile İlişkili Demografik Faktörler çalışmasında öğrencilerin %29,7'sinin anne ve babası bazı kolej ya da teknik lise mezunu; Metinoğlu ve ark (2012) çalışmalarında öğrencilerin %52,3'ünün annesinin ilköğretim, %39'unun babasının lise mezunu olduğunu bulmuşlardır. Vançelik ve ark'nın (2013) çalışmalarında öğrencilerin %81,6'sı çekirdek aileye sahiptir. Çınar'ın (2013) çalışmasında öğrencilerin %99,17'sinin annesi, %97,93'ünün babası özdür. Öğrencilerin %37,2'sinin annesi ilkokul+ortaokul mezunu, %32,2'sinin babası lise mezunu, %52,9'unun annesi çalışmakta, %90,9'u apartmanda yaşamaktadır.

Çetinkaya'nın (2013) çalışmasında öğrencilerin %66,7'si çekirdek aileye sahip olduğunu, %93,9'unun ailesinde üvey aile üyesi bulunmadığını belirtmiştir.

Daştan ve ark'nın (2014) çalışmalarında öğrencilerin %62,1'inin annesi, %52,6'sının babası ilkokul mezunu, %75,4'ünün annesi ev hanımıdır.

Çalışma bulgularımız Türkiye'de yapılan diğer araştırma bulgularının çoğuyla benzerlik göstermekle birlikte yapıldıkları coğrafik bölge, yerleşim yeri, temel alınan sosyo-demografik özelliklerdeki farklılıklar nedeni ile bazı bulgular ile çelişmektedir. Bunun yanı sıra, Al-Shamsi (2008) ve Smith'in (2011) çalışmalarındaki anne eğitim durumlarındaki farklılık göze çarpmaktadır. Bunun sebebinin ülkeler arası eğitime verilen öneme ilişkin farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

### **5.7. Öğrencilerin Aile Sağlığına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması**

Öğrencilerin %76,9'u (n=60) ailesinde obez birey bulunmadığını, %83,3'ü (n=65) ailesinde DM hastası olmadığını, %75,6'sı (n=59) annesinin, %60,2'si (n=47) babasının kilosunun normal olduğunu ifade etmiştir.

Fiveash'in (2003) çalışmasında öğrencilerin %99,3'ü ailesinde DM olmadığını belirtmiş; Uskun ve ark (2005) çalışmalarında öğrencilerin %86,8'inin ailesinde obez akraba olmadığını; Korkmaz (2008) çalışmasında kız öğrencilerin % 92,4'ünün, erkek

öğrencilerin %94,2'sinin ailelerinde obez birey olmadığını; Al-Shamsi (2008) çalışmasında öğrencilerin %91,2'sinin annesinde obezite olmadığını, %83,6'sının annesinde DM olmadığını, %85,2'sinin babasında obezite olmadığını, %74,2'sinin babasında DM olmadığını; Kutlu ve Çivi (2009) çalışmalarında öğrencilerin %78,7'sinin ailesinde DM bulunmadığını; Metinoğlu ve ark (2012) çalışmalarında öğrencilerin %58,5'inin ailesinde obez birey olmadığını; Çınar (2013) çalışmasında öğrencilerin %61,2'sinin ailesinde obez birey olmadığını; Ulutaş ve ark (2014) çalışmalarında öğrencilerin %53,7'sinin ailesinde obez birey olmadığını belirtmişlerdir.

Buna göre çalışma bulgularımız alan yazın ile uyumludur denilebilir.

### **5.8. Öğrencilerin Kişisel Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre Kişilerarası İlişkiler Alt Faktör puanları (3,111;0,003), ilk çocukların üç ve daha sonraki sırada doğan çocuklara göre Manevi Gelişim Alt Faktör puanları (6,108;0,047), sosyal güvencesi olan çocukların olmayanlara göre Fiziksel Aktivite (110,500;0,034), Manevi Gelişim (84,500;0,008), Kişilerarası ilişkiler Alt Faktör (117,000;0,046) ve SYBDÖ II toplam (111,000;0,035) puanları yüksek bulunmuştur.

Doğum yeri, en uzun yaşadığı yer, kardeş sayısı ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Yıldırım'ın (2005) Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi çalışmasında erkek öğrencilerin Egzersiz Alt Ölçek puan ortalamaları; Yıldız'ın (2010) Lise Öğrencilerinde Problemlerle İnternet Kullanımı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki çalışmasında erkek öğrencilerin Beslenme, Egzersiz Alt Ölçek ve genel ölçek puan ortalamaları; Karadamar'ın (2010) Ergenlerin Kiloları ile İlgili Algılarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi çalışmasında erkeklerin Beslenme ve Egzersiz puanları; Binay'ın (2012) Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Öz Yeterlilikleri Arasındaki İlişki çalışmasında

erkek öğrencilerin SYBDÖ ortalama puanları kız öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur.

Aksoy'un (2010) Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları çalışmasında kız öğrencilerin ölçek toplam puan ortalamalarının; Kefeli'nin (2010) Samsun İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi çalışmasında kız öğrencilerin Kişilerarası İlişkiler Alt Boyut puan ortalaması erkeklerinkine göre daha yüksek ve erkek öğrencilerin Fiziksel Aktivite Alt Boyutunun kızlarinkine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ayrıca Wei ve ark'nın (2012) Japon üniversite öğrencilerinde sağlığı geliştirme davranışları profilini değerlendirdiği çalışmalarında kız öğrencilerin Sağlık Sorumluluğu, Kişilerarası İlişkiler ve Beslenme Alt Ölçek puanları; erkek öğrencilerin Fiziksel Aktivite Alt Ölçek puanları; Andrew ve ark'nın (2014) Hong Kong'daki iki hemşirelik okulunda kayıtlı hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam tarzlarını değerlendirdiği çalışmalarında erkek öğrencilerin Fiziksel Aktivite Alt Ölçek puanları; Vural ve Bakır'ın (2015) Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler çalışmalarında kız öğrencilerin Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Stres Yönetimi Alt Grubu puan ortancaları; Çakır ve ark'nın (2015) Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi: Tıp Fakültesi Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma isimli çalışmalarında kadınların Beslenme Alt Grubu puanları yüksek bulunmuştur.

Aras Doğan'ın (2012) Epilepsi Tanısı Alan Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi çalışmasında adölesanların cinsiyetine göre Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ) ve Alt Ölçek puanları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır.

Berçin'nin (2010) Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi çalışmasında doğum yerini “köy” olarak belirten öğrencilerin “il merkezi”nde doğan öğrencilere göre Beslenme Alt Ölçek puanları; Dalak'ın (2010) Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki çalışmasında ilde doğan bireylerin ilçe ve köyde doğan bireylere göre Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Stres Yönetimi, Beslenme ve Kişilerarası Destek Alt Grup puanları daha yüksek bulunmuştur.

Yıldırım'ın (2005) çalışmasında metropolde yaşayanların ilçe ve şehirde yaşayanlara göre Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek puanları; Kocaakman'ın (2009) İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Birinci ve Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları çalışmasında yaşamının büyük bir kısmını büyükşehir de geçiren öğrencilerin köyde geçirenlere göre Kendini Gerçekleştirme ve Sağlık Sorumluluğu ortalama puanları; Aksoy'un (2010) çalışmasında ilçede yaşayan öğrencilerin köyde yaşayanlara göre SYBDÖ II toplam puanları; Kocaakman ve ark'nın (2010) İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları çalışmalarında yaşamının büyük bir kısmını büyükşehirde geçiren öğrencilerin köyde geçirenlere göre Kendini Gerçekleştirme ve Sağlık Sorumluluğu puanları; Binay'ın (2012) çalışmasında yaşamının büyük çoğunluğunu metropolde geçiren öğrencilerin köyde geçirenlere göre SYBDÖ puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Şimşek ve ark'nın (2012) Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Etmenler çalışmalarında en uzun yaşanan yer ile SYBDÖ II toplam ve Alt Boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Aksoy'un (2010) çalışmasında kardeş sayısı arttıkça öğrencilerin SYBDÖ II toplam puanlarının; Karadamar'ın (2010) çalışmasında kardeş sayısı arttıkça ergenlerin SYBDÖ toplam ve Egzersiz puanlarının; Karadamar ve ark'nın (2014) Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi çalışmalarında kardeş sayısı arttıkça ergenlerin SYBDÖ toplam ve Egzersiz puanlarının; Dil ve ark'nın (2015) Çankırı İlinde Ergenlerin Benlik Saygısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Riskli Sağlık Davranışları ve Bazı Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi çalışmalarında kardeş sayısı arttıkça SYBDÖ II puanlarının azaldığı bulunmuştur.

Aras Doğan'ın (2012) çalışmasında 4 ve üzeri kardeşe sahip olanların Fiziksel Aktivite, Pozitif Yaşam Bakışı Alt Ölçek puan ortalamalarının; Erdoğan'ın (2011) Lefkoşa Merkezde Öğrenim Gören Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler çalışmasında 3 ve üzeri kardeşe sahip olanların Fiziksel Aktivite ve Kişilerarası İlişkiler puanlarının kardeşi olmayan ve bir ya da iki kardeşe sahip olanlardan daha düşük olduğu bulunmuştur.

Aras Doğan'ın (2012); Karadamar'ın (2010); Bozhüyük'ün (2010); Karadamar ve ark'nın (2014) alışmalarında ergenlerin sosyal güvenceleri ile SYBDÖ ve Alt Grup puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır.

Berçin'in (2010) alışmasında sağlık güvencesi olan öğrencilerin olmayan öğrencilere göre Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Egzersiz, Kişiler Arası Destek ve SYBD toplam puanları; Erdoğan'ın (2011) alışmasında sosyal güvenceleri olan adölesanların olmayanlara göre Pozitif Yaşam Bakışı, Kişilerarası İlişkiler ve Spiritüel Sağlık puanları; Demir ve Arıöz'ün (2014) Göç Eden Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler çalışmasında sosyal güvenceye sahip olan göç eden kadınların olmayanlara göre SYBDÖ toplam, Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Manevi Gelişim ve Kişilerarası İlişkiler Alt Ölçek puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Welk ve ark'nın (2003) ocuklarda Fiziksel Aktivite Üzerine Ebeveyn Etkisi: Bir Potansiyel Mekanizma Araştırması çalışmalarında erkeklerin PAQ-C puanları;Thompson ve ark'nın (2003) Erkek ve Kız Öğrencilerde Fiziksel Aktivite Karşılaştırması çalışmalarında 10-16 yaş aralığındaki erkeklerin PAQ-C puan ortalamaları; Ergün'ün (2013) Okul ağı ocuklarında Egzersizden Hoşlanma ile Fiziksel Aktivite Arasındaki İlişi çalışmasında erkeklerin FAA toplam puan ortalamaları kızlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Ahamed ve ark'nın (2007) Okul Temelli Fiziksel Aktivite ile ocukların Akademik Performansını Karşılaştırdıkları çalışmalarında aynı yaştaki erkeklerin kızlara göre fiziksel olarak; Joens-Matre ve ark'nın (2008) ocukların Fiziksel Aktivite, Fiziksel Fitness ve Aşırı Kilo Prevelansında Kırsal-Kentsel Farklılıklar çalışmalarında erkeklerin kızlara göre; Silva ve ark'nın (2013) Kırsal Alandaki Ergenlere Yönelik Fiziksel Aktivite Olanaklarını Belirleyen Faktörler çalışmalarında erkeklerin kızlara göre okul sonrası fiziksel aktivite, fiziksel eğitim, yemek sırasında, gece ve hafta sonları; Nakamura ve ark'nın (2013) Adölesanlarda Okullarda Fiziksel Eğitim, Sportif Aktivite ve Toplam Fiziksel Aktivite çalışmalarında erkeklerin kızlara göre daha aktif oldukları bulunmuştur.

Crimi ve ark'nın (2009) bir kırsal toplum ortamında çocuk ve adölesanlarda fiziksel aktivite ile psikososyal ilişkilerini karşılaştırdıkları çalışmalarında kız ve erkek öğrencilerin fiziksel aktiviteleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

SYBDÖ II ve Alt Faktörleri açısından çalışma bulgularımız Kefeli (2010), Wei ve ark (2012), Şimşek ve ark (2012), Berçin (2010), Erdoğan (2011) Demir ve Arıöz'ün (2014) bulguları ile örtüşmekte; ÇFAA ölçeği açısından da Crimi ve ark'nın (2009) bulguları ile paralellik göstermekte; ancak bununla birlikte diğer alanyazın çalışma bulguları ile çeşitli farklılıklar göstermektedir. Bunun nedeninin araştırmaların örneklem gruplarındaki çeşitlilikten kaynaklandığı düşünülmektedir.

Öğrencilerin doğum sırası ile SYBDÖ II ve Alt Faktör puanlarını karşılaştıran ve öğrencilerin doğum yeri, en uzun yaşadığı yer, kardeş sayısı, doğum sırası ve sosyal güvence ile ÇFAA puanlarını karşılaştıran alanyazın bulgusuna rastlanmamıştır.

### **5.9. Öğrencilerin Eğitime İlişkin Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması**

5. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin ÇFAA (7,504;0,023), Sağlık Sorumluluğu Alt Faktör (6,036;0,049) puanları 7. sınıfta öğrenim görenlere göre; Beslenme Alt Faktör puanları (10,112;0,006) 6. ve 7. sınıfta öğrenim görenlere göre yüksek, geçen yılki başarı durumu orta olanların iyi ve çok iyi olanlara göre Stres Yönetimi Alt Faktör (3,923;0,048) ve SYBDÖ II toplam (4,704;0,030) puanları düşük bulunmuştur.

Okula geliş şekli ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Ayaz ve ark'nın (2005) Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları çalışmalarında III. ve IV sınıfların I. ve II. sınıflara göre Sağlık Sorumluluğu Alt Grup ortalamalarının; Kocaakman'ın (2009) çalışmasında üniversite dördüncü sınıf öğrencilerinin birinci sınıf öğrencilerine göre SYBD Ölçeği toplam, Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Beslenme ve Kişilerarası Destek ortalama puanlarının; Yıldız'ın (2010) çalışmasında lise birinci sınıf öğrencilerinin üçüncü sınıf

öğrencilerine göre Egzersiz Alt Ölçeği puan ortalamalarının; Berçin'in (2010) çalışmasında 9. sınıf öğrencilerinin 12. sınıf öğrencilerine göre Egzersiz ve Beslenme Alt Ölçek puan ortalamalarının; Erdoğan'ın (2011) çalışmasında lise birinci sınıf öğrencilerinin lise üçüncü sınıf öğrencilerine göre Fiziksel Aktivite puanlarının; Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler çalışmalarında üniversite 3. ve 4. sınıfta okuyan öğrencilerin 1. ve 2. sınıfta okuyan öğrencilere göre SYBD Ölçeği ortalama ve Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hosseini ve ark'nın (2015) 2013 Yılında Tahran Şehrindeki Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bazı Demografik Özellikler ile İlişkisi isimli çalışmasında 1. sınıf öğrencilerinin üst sınıflara göre Sağlık Sorumluluğu Alt ölçek puanları, 4. sınıf öğrencilerinin alt sınıf öğrencilerine göre Stres Yönetimi Ölçek puanları daha düşük bulunmuştur.

Aksoy (2010) çalışmasında akademik ortalaması 3-3.49 arasında olan öğrencilerin SYBDÖ II puan ortalamalarının en yüksek, akademik ortalaması 3.5 ve üzerinde olan öğrencilerin en düşük SYBDÖ II puan ortalamalarına sahip olduklarını bulmuştur.

Rahimi Asiabi (2012) Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Alışkanlıkları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Akademik Başarısı ile İlişkisi çalışmasında öğrencilerin SYBDÖ toplam puanları ile akademik başarıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Crimi ve ark'nın (2009) çalışmalarında sınıf seviyesi arttıkça fiziksel aktivitenin düştüğü; Ergün (2013) çalışmasında 6. sınıf öğrencilerinin 7. ve 8. sınıflara göre ÇFAA puan ortalamalarının yüksek olduğunu bulmuştur.

Rahimi Asiabi (2012) çalışmasında öğrencilerin fiziksel aktiviteleri ile akademik başarıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Alanyazında çalışma grubumuzun sınıf özelliklerine benzer bir bulguya rastlanmamıştır. Ancak literatürde sınıf yükseldikçe SYBDÖ II ve Alt Faktör puanları, ÇFAA puanının da arttığı, bizim çalışmamızda ise azaldığı söylenebilir. Bu açıdan çalışma bulgularımız literatürle çelişmektedir. Bunun nedenini olarak çalışma grubumuzun



ergenliğin başlarında olan bir örnekleme yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmanın uygulaması sırasında daha küçük sınıfların beslenmelerine ve aktivitelerine daha fazla önem verdiği ve beslenmelerini evden getirdiği, bununla birlikte büyük sınıfların kantini kullandığı gözlemlenmiştir. Başarı durumu açısından çalışma bulgumuz Aksoy'un (2010) çalışması ile paralellik göstermektedir.

Öğrencilerin okula geliş şekli ile SYBDÖ II, ÇFAA puanlarını karşılaştıran alanyazın bulgusuna rastlanmamıştır.

### **5.10. Öğrencilerin Sağlığa İlişkin Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Sürekli ilaç kullananların kullanmayanlara göre Beslenme Alt Faktör (183,000;0,050) puanları düşük bulunmuştur.

Kronik hastalık ve size göre kilo ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Ayaz ve ark'nın (2005) çalışmalarında kendisinde sürekli takip ve tedavi gerektiren hastalığı olanlarda olmayanlara göre Sağlık Sorumluluğu; Karakoç'un (2006) Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi çalışmasında kronik hastalığa sahip olanların kronik hastalığı olmayanlara göre Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek; Lin ve ark'nın (2009) Gebe Kadınlarda Sağlığı Geliştiren Davranışlar ve İlişkili Faktörler ile ilgili çalışmalarında kronik hastalığı olmayan gebelerin olanlara göre SYBDÖ II toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Kocaakman'ın (2009) çalışmasında kronik hastalığı olan öğrencilerin Kendini Gerçekleştirme; Uz'un (2011) Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi çalışmasında sürekli izlem ya da tedavi gerektiren hastalığa sahip olanlarda hastalığı olmayanlara göre Egzersiz, Kendini Gerçekleştirme ve Stres Yönetimi Alt Ölçek puan ortalamaları düşük bulunmuştur.

Yıldırım'ın (2005); Berçin'in (2010); Bozhüyük'ün (2010) Şimşek ve ark'nın (2012) Khaghanyrad'ın (2014); Aksoy ve Uçar'ın (2014); Altay ve ark'nın (2015); Çakır ve ark'nın (2015) çalışmalarında kronik hastalık durumu ile SYBDÖ II ve Alt Gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Karakoç'un (2006) çalışmasında sürekli ilaç kullananların kullanmayanlara göre; Bilgili ve Ayaz'ın (2009) kadınlar ile yaptıkları çalışmalarında sürekli ilaç kullananların kullanmayanlara göre Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Rahimi Asiabi'nin (2012) çalışmasında ilaç kullananların kullanmayanlar ile SYBDÖ toplam ve Alt Ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Yıldırım'ın (2005) çalışmasında normal olanların zayıf olanlara göre SYBD Ölçek toplam, Sağlık Sorumluluğu, Egzersiz, Beslenme Alt Ölçek; Karadamar'ın (2010) Ergenlerin Kiloları ile İlgili Algılarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi çalışmasında kilolu olduğunu düşünmeyenlerin kilolu olduğunu düşünenlere göre Kendini Gerçekleştirme puanları yüksek bulunmuştur.

Binay (2012) Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Öz Yeterlilikleri Arasındaki İlişki çalışmasında öğrencilerin ağırlık açısından kendilerini değerlendirme durumları ile SYBDÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Gillis ve ark'nın (2006) kilolu çocuklar ile normal kilolu çocukları fiziksel aktivite açısından karşılaştırdığı araştırmasında Beden Kitle İndeksi (BKİ) normal olan öğrencilerin aşırı kilolu ve obez olanlara göre aktivite; Ergün'ün (2013) çalışmasında normal kilolu grubun aşırı kilolu ve obez gruba göre ÇFAA toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

SYBDÖ II açısından çalışma bulgularımız Yıldırım'ın (2005); Berçin'in (2010); Bozhüyük'ün (2010) Şimşek ve ark'nın (2012) Khaghanyrad'ın (2014); Aksoy ve Uçar'ın (2014); Altay ve ark'nın (2015); Çakır ve ark'nın (2015) Binay'ın (2012) çalışmalarına benzer niteliktedir.

Çalışmamızda sürekli ilaç kullanan çocukların kullanmayanlara göre daha yetersiz beslendiği söylenebilir.

Öğrencilerin kronik hastalık, sürekli ilaç kullanma durumları ile ÇFAA puanlarını karşılaştıran alanyazın bulgusuna rastlanmamıştır.

### **5.11. Öğrencilerin Beslenmelerine İlişkin Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Öğrencilerden öğün atlayanların atlamayanlara göre Beslenme (2,087;0,040) ve Stres Yönetimi (2,349;0,021) Alt Faktör puanları düşük bulunmuştur.

Öğün sayısı ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Aksoy'un (2010) çalışmasında üç ana öğünü de yiyen öğrencilerin bir ana öğün yiyen ve hiç ana öğün yemeyen öğrencilere göre SYBDÖ II toplam ve Beslenme Alt Ölçek puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Yalçinkaya ve ark'nın (2007) Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi çalışmalarında düzenli beslenenlerin beslenmeyenlere göre; Ertop ve ark'nın (2012) Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimleri çalışmalarında öğrencilerin yeterli ve dengeli beslenenlerin beslenmeyenlere göre SYBDÖ toplam, Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Stres Yönetimi, Kişiler Arası Destek ve Beslenme Alt Ölçek puan ortalamaları; Demir ve ark'nın (2015) Spor Yapan ve Yapmayan Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi çalışmalarında düzenli yemek yiyen öğrencilerin yemeyenlere göre SYBDÖ II toplam puanları daha yüksek bulunmuştur .

Çalışma bulgularımız öğün atlama açısından literatür bulgularına benzer özellik taşımaktadır.

Öğrencilerin öğün sayısı ve öğün atlama durumları ile ÇFAA puanlarını karşılaştıran alanyazın bulgusuna rastlanmamıştır.

## 5.12. Öğrencilerin Aktivite Durumu ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Düzenli spor yapanların yapmayanlara göre ÇFAA (-4,939;0,001), Sağlık Sorumluluğu (-3,619;0,001), Fiziksel Aktivite (-5,365;0,001), Beslenme (-2,372;0,020), Kişilerarası İlişkiler (-2,733;0,008) Alt Faktörleri ve SYBDÖ II toplam (-3,904;0,001) puanları yüksek bulunmuştur.

Yalçinkaya ve ark'nın (2007) çalışmalarında sağlık personellerinin sporla ilgilenenlerin ilgilenmeyenlere göre SYBDÖ toplam, Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Stres Yönetimi, Kişiler Arası Destek ve Egzersiz Alt Ölçek; Lin ve ark'nın çalışmalarında düzenli egzersiz yapan gebelerin yapmayanlara göre SYBDÖ II toplam; Aksoy'un (2010) çalışmasında düzenli spor yapan öğrencilerin her hangi bir spor aktivitesi ile uğraşmayan öğrencilere göre SYBDÖ II toplam ve Fiziksel Aktivite Alt Ölçek; Bebiş ve ark'nın (2015) Bir Ortaöğretim Okulundaki Adölesanların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının İncelenmesi çalışmalarında spor yapan öğrencilerin yapmayanlara göre Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği (ASGÖ) toplam, Beslenme ve Egzersiz Alt Ölçek; Vural ve Bakır'ın (2015) çalışmalarında düzenli egzersiz yapan öğrencilerin düzenli egzersiz yapmayan öğrencilere göre Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Beslenme, Manevi Gelişim, Stres Yönetimi Kişilerarası İlişkiler Alt Grupları ve SYBDÖ II toplam; Genç ve ark'nın (2015) Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Belirlenmesi çalışmalarında spor yapma olanağı bulunduğunu ifade eden öğrencilerin bulamayanlara göre SYBDÖ toplam, Fiziksel Aktivite, Stres Yönetimi, Kişilerarası İlişkiler, Manevi Gelişim Alt Boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Dil ve ark'nın (2015) çalışmalarında düzenli spor yapma sıklığı arttıkça Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Etkinlik, Beslenme, Stres Yönetimi Alt Boyutları ve SYBDÖ toplam puanlarının arttığı bulunmuştur.

Biddle ve ark'nın (2005) çalışmalarında düzenli spora katılan kız öğrenciler ile fiziksel aktivite arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur.

Ergün'ün (2013) çalışmasında düzenli olarak spor yapan grubun spor yapmayan gruba göre ÇFAA toplam puanlarının; Hekim ve Yüksel'in (2015) Ortaokul Öğrencilerinin Beden Kitle İndeksi ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaş, Cinsiyet ve Spor Yapma Durumlarına Göre İncelenmesi çalışmasında düzenli olarak spor yapma alışkanlığı bulunan öğrencilerin bulunmayan öğrencilere göre Fiziksel Aktivite düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışma bulgularımız spor yapma açısından literatür bulgularına benzer özellik taşımaktadır.

### **5.13. Öğrencilerin Aile Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Annesi çalışanların çalışmayanlara göre ve kendine ait odası olan çocukların olmayanlara göre Fiziksel Aktivite (463,000;0,023/405,000;0,011), Beslenme (480,500;0,037/438,000;0,029), Manevi Gelişim (483,000;0,040/413,000;0,014), Kişilerarası İlişkiler (369,500;0,001/400,000;0,009) Alt Faktör puanları ve SYBDÖ II toplam (463,000;0,024/396,500;0,008) puanları yüksek bulunmuştur.

Aile tipi, anne eğitim, baba eğitim, yaşanan ev ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Karakoç'un (2006) çalışmasında araştırmaya katılanlarda parçalanmış aile tipine sahip olanların çekirdek aileye sahip olanlara göre Stres Yönetimi Alt Ölçek; Aras Doğan'ın (2012) çalışmasında çekirdek ailede yaşayan adölesanların geniş ailede yaşayanlara göre Sağlık Sorumluluğu, Stres Yönetimi ve Spiritüel Sağlık Alt Ölçek; Erdoğan'ın (2011) çalışmasında çekirdek ailede yaşayan adölesanların parçalanmış ailede yaşayanlara göre Fiziksel Aktivite, geleneksel ailede yaşayanlara göre Stres Yönetimi; Binay (2012) çalışmasında çekirdek aile tipine sahip öğrencilerin geleneksel ve parçalanmış aile tipine sahip öğrencilere göre SYBDÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Yıldırım'ın (2005) çalışmasında üniversite öğrencilerinin aile tipi ile SYBD Ölçeği toplam ve Alt Ölçekleri; Berçin'in (2010) çalışmasında lise öğrencilerinin aile tipi ile

SYBDÖ ve Alt Ölçekleri; Karadamar'ın (2010) çalışmasında ergenlerin aile tipi ile SYBDÖ ve Alt Grupları; Karadamar ve ark'nın (2014) çalışmalarında ergenlerin aile tipi ile SYBDÖ ve Alt Grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Kocaakman'ın (2009) çalışmasında annesi üniversite mezunu olan öğrencilerin annesi okur-yazar olan öğrencilere göre Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Egzersiz, Beslenme, Kişilerarası Destek ve Stres Yönetimi ortalama puanları; Aksoy'un (2010) çalışmasında annesi üniversite mezunu olan öğrencilerin ilkokul mezunu olan öğrencilere göre SYBDÖ toplam puanları; Aras Doğan'ın (2012) çalışmasında annesi ortaokul mezunu olanların annesi okuryazar olmayanlara göre Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek puan ortalamaları; Karadamar'ın (2010) çalışmasında annesi lise mezunu olanların ilköğretim mezunu olanlara göre Kişilerarası Destek ve Egzersiz puanları; Erdoğan'ın (2011) çalışmasında annesi üniversite mezunu veya üzeri olan adölesanların annesi ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanlara göre Fiziksel Aktivite, Beslenme, Kişilerarası İlişkiler Alt Ölçek ve AYBÖ toplam puanları; Vural ve Bakır'ın (2015) çalışmalarında annesi lise ve/veya üniversite ve üstü mezunu olan öğrencilerin annesi okuryazar olmayan ve/veya ortaokul mezunu olanlara göre Sağlık Sorumluluğu puan ortancalarının, annesi okuryazar/ilkokul mezunu olanların annesi okuryazar olmayanlara göre Sağlık Sorumluluğu puan ortancalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Dil ve ark'nın (2015) çalışmalarında annenin eğitim düzeyi arttıkça SYBDÖ puanlarının arttığı bulunmuştur.

Şimşek ve ark'nın (2012) çalışmalarında anne eğitim durumu ile SYBD II toplam ve Alt Boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kocaakman'ın (2009) çalışmasında babası üniversite mezunu olan öğrencilerin babası okur-yazar olanlara göre Kendini Gerçekleştirme, babası lise mezunu olan öğrencilerin babası okur-yazar olanlara göre Kendini Gerçekleştirme ve Stres Yönetimi ortalama puanları; Aras Doğan'ın (2012) çalışmasında babası ortaokul mezunu olanların ilkokul mezunu olanlara göre Kişilerarası İlişkiler Alt Ölçek puan ortalamaları; Karadamar'ın (2010) çalışmasında babası lise mezunu olanların ilköğretim mezunlarına göre Kendini Gerçekleştirme ve Egzersiz puanları; Erdoğan'ın (2011) çalışmasında babası üniversite ve üzeri mezunu olan adölesanların babaları diğer eğitim düzeylerinden mezun

olanlara göre Kişilerarası İlişkiler puanları; Vural ve Bakır'ın (2015) çalışmalarında babası lise mezunu, üniversite ve üstü okul mezunu olan öğrencilerin babası ortaokul mezunu olan öğrencilere göre Sağlık Sorumluluğu puan ortancalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yıldırım'ın (2005) çalışmasında üniversite öğrencilerinin baba eğitim düzeyi ile SYBD Ölçeği toplam ve Alt ölçekleri; Yıldız'ın (2010) çalışmasında baba eğitim düzeyi ile SYBD Ölçeği ve Alt ölçekleri arasında; Şimşek ve ark'nın (2012) çalışmalarında baba eğitim düzeyi ile SYBDÖ II toplam ve Alt Boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Aras Doğan'ın (2012) çalışmasında annesi çalışmayan grupta Beslenme Alt Ölçek puanlarının; Berçin'in (2010) çalışmasında annesi çalışmayan öğrencilerin çalışanlara göre Beslenme Alt Ölçek puanlarının; Kefeli'nin (2010) çalışmasında annesi çalışan öğrencilerin çalışmayanlara göre Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu puan ortalamalarının; Binay'ın (2012) çalışmasında annesi çalışan öğrencilerin annesi çalışmayanlara göre SYBDÖ ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Karadamar'ın (2010) çalışmasında ergenlerin annelerinin çalışma durumu ile SYBDÖ ve Alt Grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Özpuat ve Sivri'nin (2013) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran 55 Yaş ve Üstü Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları çalışmalarında apartmanda oturanların ve ısınma türü kalorifer olan katılımcıların SYBDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Koçoğlu ve Akın'ın (2009) Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi çalışmalarında evdeki oda sayısı 4-7 olanların 2-3 olanlara göre SYBDÖ puanı daha yüksek bulunmuştur.

Bilinski ve ark'nın (2005) Kırsal Kanadalı Çocukların Fiziksel Aktivite Modellerini Anlamaya ilişkin çalışmalarında fiziksel aktivite ile ebeveynlerinin eğitim düzeyi; Ergün'ün (2013) çalışmasında öğrencilerin anne eğitim düzeyi ile ÇFAA toplam puanları arasında fark bulunmamıştır.

Ergün'ün (2013) çalışmasında babası lise mezunu olan grup ile babası üniversite ve üzeri mezunu olan grubun babası ilkokul mezunu olan gruba göre ÇFAA puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda aile tipine ilişkin bulgularımız Yıldırım'ın (2005), Berçin'in (2010), Karadamar'ın (2010); Karadamar ve ark'nın (2014) Bilinski ve ark'nın (2005) ve Ergün'ün (2013); anne eğitimi bulgularımız Şimşek ve ark'nın (2012); baba eğitimi bulgularımız Yıldırım'ın (2005), Yıldız'ın (2010), Şimşek ve ark'nın (2012); annenin çalışması ile ilgili bulgularımız Aras Doğan'ın (2012) Berçin'in (2010) Kefeli'nin (2010) ve Binay'ın (2012) kendine ait oda durumuna ilişkin bulgumuz Koçoğlu ve Akın'ın (2009) çalışmalarına benzer özellik taşımaktadır. Bulgularımızın diğer çalışmalarla farklılık göstermesinin nedeninin çalışma grubumuzun daha küçük yaş gruplarında gerçekleştirilmiş olmasından ve çalışma tasarımı nedeniyle örneklem grubumuzun nispeten küçük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Öğrencilerin aile tipi, anne çalışma, yaşanan ev, kendine ait oda durumları ile ÇFAA puanlarını karşılaştıran alanyazın bulgusuna rastlanmamıştır.

#### **5.14. Öğrencilerin Aile Sağlığına İlişkin Özellikleri ile Eğitim Öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Ailede obezite ve DM ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Bozhüyük'ün (2010) çalışmasında ailesinde kronik hastalığı olan öğrenciler ile olmayan öğrenciler arasında SYBD toplam ve Alt ölçekleri; Aksoy ve Uçar'ın (2014) çalışmalarında annesi ve babasında kronik hastalık bulunma durumu ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Ailede obezite ve DM ile ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanlarını karşılaştıran spesifik bir alanyazın bulgusuna rastlanmamıştır.



### **5.15. Öğrencilerin Yaş, Haftada Spor/Gün, Beden Memnuniyeti, Eğitim Öncesi SYBDÖ II ve Alt Faktörleri, ÇFAA Puanlarının İlişkisinin Tartışılması**

Yaş ile Sağlık Sorumluluğu Alt Faktörü (-0,225;0,049), SYBDÖ II Toplam (-0,239;0,036) ve ÇFAA (-0,266;0,019) arasında negatif yönlü düşük düzeyde, Beslenme Alt Faktörü (-0,328;0,004) arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

Haftada spor/gün ile Sağlık Sorumluluğu (0,256;0,037), Beslenme (0,252;0,040), Manevi Gelişim (0,241;0,049), Kişilerarası İlişkiler (0,352;0,003), Stres Yönetimi Alt Faktörleri (0,276;0,024) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde, Fiziksel Aktivite Alt Faktörü (0,316;0,009), SYBDÖ II Toplam (0,352;0,004) ve ÇFAA (0,336;0,006) arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

Beden memnuniyeti ile Manevi Gelişim (0,243;0,040), Stres Yönetimi Alt Faktörleri (0,276;0,024) pozitif yönlü düşük düzeyde, Beslenme Alt Faktörü (0,308;0,009), SYBDÖ II Toplam (0,352;0,004), ve ÇFAA (0,336;0,006) arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

ÇFAA ile Sağlık Sorumluluğu (0,499;0,001), Fiziksel Aktivite (0,634;0,001), Beslenme (0,458;0,001), Manevi Gelişim (0,379;0,001), Kişilerarası İlişkiler (0,410;0,001), Stres Yönetimi (0,385;0,001) Alt Faktörleri ve SYBDÖ II toplam (0,580;0,001) arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

Kocaakman'ın (2009) çalışmasında 22-25 yaş grubundaki öğrencilerin 17-21 yaş grubundaki öğrencilere göre SYBD Ölçek toplam, Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu ve Kişilerarası Destek ortalama puanları; Aras Doğan'ın (2012) çalışmasında 12-15 yaş grubu adölesanların 16-19 yaş grubu adölesanlara göre Sağlık sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Beslenme Alt Ölçekleri ve AYBÖ toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) çalışmalarında yaş arttıkça Sağlık Sorumluluğu ve Kişilerarası Destek Alt Ölçek puanlarının da arttığı bulunmuştur.

Gönül'ün (2009) Bir İlaç Firmasında Çalışanların Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları çalışmasında yaş grupları ile SYBDÖ II

toplam ve Alt Grup; Yıldız'ın (2010) çalışmasında yaş ile SYBDÖ ve Alt Ölçek; Kefeli'nin (2010) çalışmasında lise öğrencilerinin yaş dağılımları ile SYBDÖ II toplam ve Alt Grup; Duran ve Sümer'in (2014) Ebelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler çalışmalarında öğrencilerin yaş ile SYBDÖ toplam ve Alt Grup puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Ergün'ün (2013) çalışmasında 12 yaş grubunun ÇFAA puan ortalaması 11, 13 ve 14 yaş gruplarının puan ortalamalarından yüksek, diğer yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Hekim ve Yüksel'in (2015) çalışmasında öğrencilerin yaş ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Yalçınkaya ve ark'nın (2007) çalışmalarında haftada 3-4 gün ve üzeri egzersiz yapan sağlık personellerinin SYBD ölçek toplam ve Alt Boyutlarından daha yüksek puan aldıkları; Aksoy'un (2010) çalışmasında her gün spor yapan öğrencilerin haftada bir kez spor yapan öğrencilere göre Fiziksel Aktivite Alt Ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Rahimi Asiabi'nin (2012) çalışmasında öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyleri ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır, çok aktif olan öğrencilerin Egzersiz Alt Ölçeği puan ortalamalarının yüksek değere sahip olduğu bulunmuştur.

Murathan (2013) Üniversite Öğrencilerinde Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi çalışmasında araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının, Fiziksel Aktivite Düzeyi açısından aralarındaki ilişkinin ortanın altında, pozitif ve anlamlı olduğunu bulmuştur.

Araştırma bulgularımız alanyazın bulgularını destekler niteliktedir. Ergenlik döneminin başlarında yaşla birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve fiziksel aktivite düzeyinin azalması ergen davranışları açısından beklenen bir durumdur; ancak günlük düzenli spor yaptıkça ve beden memnuniyeti arttıkça sağlıkla ilgili davranışların olumlu etkilendiği söylenebilir.

Öğrencilerin haftada gün spor-ÇFAA, Beden memnuniyeti-SYBDÖ II, Beden memnuniyeti-ÇFAA puanlarını karşılaştıran alanyazın bulgusuna rastlanmamıştır.

### **5.16. Öğrencilerin Eğitim Öncesi, Eğitim Sonrası Birinci İzlem ve Eğitim Sonrası İkinci İzlem ile ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktör Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması**

Eğitim sonrası birinci izlem ve eğitim sonrası ikinci izlem Sağlık Sorumluluğu (5,035;0,008), Fiziksel Aktivite (6,284;0,002), Beslenme (5,709;0,004), SYBDÖ II Toplam (6,227;0,003) puanlarının eğitim öncesi puanlarına göre yüksek olduğu; Eğitim sonrası birinci izlem Kişilerarası İlişkiler (3,145;0,046) ve Stres Yönetimi (3,058;0,050) puanlarının eğitim öncesi puanlarına göre yüksek olduğu bulunmuştur.

Eğitim öncesi, eğitim sonrası birinci izlem ve eğitim sonrası ikinci izlem Manevi Gelişim (1,572;0,211) ve ÇFAA (2,470;0,088) puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çakır'ın (2003) Hipertansiyon Hastalarına Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi çalışmasında çalışma grubunun SYBDÖ toplam, Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Egzersiz, Beslenme, Kişilerarası Destek ve Stres Yönetimi puanlarının kontrol grubuna göre ikinci görüşmede; Hsiao ve ark'nın (2005) Tayvanlı Hemşirelik Öğrencileri İçin Bir Sağlığı Geliştirme Kursunun Kısa Dönemli Etkisi çalışmalarında sağlığı geliştirmeye yönelik verilen eğitim sonrası SYBDÖ toplam ve Alt Ölçek ortalama puanlarının eğitim öncesine göre; Geçkil ve Yıldız'ın (2006) Adölesanlara Yönelik Beslenme ve Stresle Başetme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi çalışmalarında adölesanların eğitim sonrası Beslenme Alt faktör puanlarının öncesine göre; Altun'un (2008) Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları Üzerine Bir Sağlığı Geliştirme Eğitiminin Etkisi çalışmasında sağlığı geliştirme eğitimi sonrasında öğrencilerin SYBDÖ II toplam puanlarının; Tuygar'ın (2009) Bağımlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Geliştirme Eğitiminin Beden Kitle İndeksi Üzerine Etkisi çalışmasında bağımlılara verilen sağlıklı yaşam biçimi davranışı eğitimi sonrası SYBDÖ toplam ve Alt Ölçek puan ortalamalarının; Tambağ'ın (2010) Huzurevindeki Yaşlılara Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Yaşam Doyumu Geliştirmeye Yönelik Verilen Psikoeğitimin Değerlendirilmesi

çalışmasında psikoeğitim sonrası SYBDÖ toplam ve Alt Ölçek puan ortalamalarının psikoeğitim öncesine göre; Beydağ ve ark'nın (2014) Sağlık ve Yaşam Dersinin Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi çalışmalarında öğrencilerin ders sonrası SYBDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının anlamlı derecede arttığı bulunmuştur.

Ayaz ve ark'nın (2005) hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları çalışmalarında sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili ders alanların Sağlık Sorumluluğu, Beslenme ve SYBDÖ toplam puanlarının; Oyur Çelik'in (2009) Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi çalışmasında verilen eğitimden üç ay sonra öğrencilerin SYBDÖ toplam puanları eğitim öncesine göre; Aşçı'nın (2013) Gebe Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesi çalışmasında deney grubunun SYBD Ölçeği toplam, Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Beslenme, Stres Yönetimi Alt Faktörlerinden alınan puanların kontrol grubuna göre; Dönmez'in (2013) HPV (+) Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Geliştirmenin Serviks Kanseri'ni Önlemeye Etkisi çalışmasında kadınlarda altıncı ayda yapılan ilk izlemde ve 12. ayda yapılan ikinci izlemde SYBD II Ölçeği puanlarının eğitim öncesi izlem puanlarına göre; Erciyes'in (2013) Hipertansiyonlu Hastalarda Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi çalışmasında eğitim grubunda ikinci görüşmede SYBD toplam ve Alt Boyut puanlarının ilk görüşmeye göre; Karakoç Kumsar ve Çınar'ın (2015) Metabolik Sendromlu Kadınlarda Hemşire Danışmanlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Kazanmada Etkinliği çalışmalarında son izlemde SYBDÖ II toplam ve tüm Alt Boyut puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Pangrazi ve ark'nın (2003) Çocukların Fiziksel Aktivitesi Üzerine Gençler İçin Geliştirici Yaşam Biçimi Aktivitesinin Etkisi çalışmasında geliştirici yaşam biçimi aktivitesi (PLAY) ve fiziksel egzersiz yapan grup ve sadece fiziksel egzersiz yapan grubun fiziksel aktivite puanı hiçbir fiziksel aktivite yapmayan gruba göre; Meydanlıoğlu'nun (2013) Hemşire Liderli "Sağlık İçin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Programı" nın Çocukların Beslenme ve Fiziksel Aktivite Düzeylerine Etkisi çalışmasında girişim grubundaki öğrencilerin son test ÇFAA ortanca puanlarının ön teste göre, son test ve izlem

döneminde girişim grubunun ÇFAA ortanca puanları kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

Ergün ve ark'nın (2012) Okul Temelli Fiziksel Etkinlik Programının Çocukların Fiziksel Etkinlik Bilgi ve Davranışlarına Etkisi çalışmalarında son testte düzenli fiziksel etkinlik yapan çocuk oranı ön teste göre artmıştır. Okul temelli fiziksel etkinlik programından sonra fiziksel etkinlik yapmayan ve bazen yapanların oranı azalmış, fiziksel etkinlik konusunda doğru bilgili çocukların oranı artmıştır. Okul temelli fiziksel etkinlik programının araştırmaya katılan çocukların fiziksel etkinlik bilgi ve davranışlarına olumlu katkı sağladığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular alanyazın bulgularını destekler niteliktedir. Çalışmamızda hem birinci izlem hem de ikinci izlem puanlarının eğitim öncesine göre yüksek olması eğitimimizin etkinliğini kanıtlar niteliktedir. Çalışmamızda SYBDÖ II Alt Faktörlerinden Manevi Gelişim Alt Faktörü ve ÇFAA'yla eğitim öncesine göre fark bulunamamasının nedeninin eğitimin içeriğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü eğitim kapsamında beş alt boyut üzerine odaklanılmış manevi gelişim, fiziksel aktivitenin önemi vurgulanmasına rağmen manevi gelişimi ve fiziksel aktiviteyi artırıcı girişimlerde bulunulamamıştır.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Çalışmamızda öğrencilerin % 48,7'si (n=38) kız, % 51,3'ü (n=40) erkek olup yaş ortalamaları  $11,77 \pm 0,92$ 'dir. Öğrencilerin % 74,4'ünün (n=58) doğum yeri Aydın, % 46,2'sinin (n=36) en uzun yaşadıkları yer büyük şehir, %64,1'inin (n=50) kardeş sayısı iki, %51,2'si (n=40) birinci çocuk, %61,5'inin (n=48) ekonomik durumu gelir gidere denk, %79,5'inin (n=62) sosyal güvencesi bulunmaktadır.

Öğrencilerin %41'i (n=32) beşinci sınıf, %34,6'sı (n=27) altıncı sınıf ve %24,4'ü (n=19) yedinci sınıftır. Öğrencilerin %55,1'inin (n=43) geçen yılki başarı durumu çok iyi, %43,6'sı (n=34) okula yürüyerek gelmektedir.

Öğrencilerin %83,3'ünün (n=65) kronik hastalığı, %98,7'sinin (n=77) bedensel engeli, %87,2'sinin (n=68) sürekli kullandığı ilaç bulunmamaktadır. Öğrencilerin %55,2'si (n=43) kilosunun normal olduğunu belirtmiş ve beden memnuniyeti ortalamaları  $7,34 \pm 2,83$ 'tür.

Öğrencilerin %65,3'ünün (n=51) günlük öğün sayısı üçtür ve %53,8'i (n=42) öğün atlamaktadır. Öğrencilerin %37,2'si (n=29) sütü, %34,6'sı (n=27) meyve ve sebzeyi, %6,4'ü (n=5) kurubaklagili, %5,1'i (n=4) tahılı, %24,4'ü (n=19) eti öncelikli tercih ettiğini belirtmiştir.

Öğrencilerin %60,3'ü (n=47) düzenli spor yapmaktadır. Günde bilgisayarda geçirdikleri zaman ortalama  $53,30 \pm 72,74$  (medyan 30) dakika, günde sokak oyununa ayırdıkları zaman ortalama  $47,60 \pm 70,19$  dakika (medyan 0), haftada spora ayırdıkları zaman ortalama  $1,76 \pm 1,77$  (medyan 2) gündür.

Öğrencilerin %85,9'u (n=67) çekirdek aileye sahiptir ve %93,6'sı (n=73) üvey aile üyesine sahip değildir. %32,1'inin (n=25) annesi ilkokul, %29,5'inin (n=23) babası lise mezunu, %64,1'inin (n=50) annesi çalışmamakta, %89,8'inin (n=70) babası çalışmakta, %84,6'sı (n=66) apartmanda yaşamakta, %67,9'unun (n=53) kendine ait odası bulunmaktadır.

Öğrencilerin %76,9'u (60) ailesinde obez birey bulunmadığını, %83,3'ü (n=65) ailesinde DM hastası olmadığını, %75,6'sı (n=59) annesinin, %60,2'si (n=47) babasının kilosunun normal olduğunu ifade etmiştir.

Kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre Kişilerarası İlişkiler Alt Faktör puanları (3,111;0,003), ilk çocukların üç ve daha sonraki sırada doğan çocuklara göre Manevi Gelişim Alt Faktör puanları (6,108;0,047), sosyal güvencesi olan çocukların olmayanlara göre Fiziksel Aktivite (110,500;0,034), Manevi Gelişim (84,500;0,008), Kişilerarası ilişkiler Alt Faktör (117,000;0,046) ve SYBDÖ II toplam (111,000;0,035) puanları yüksek bulunmuştur.

Doğum yeri, en uzun yaşadığı yer, kardeş sayısı ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin ÇFAA (7,504;0,023), Sağlık Sorumluluğu Alt Faktör (6,036;0,049) puanları 7. sınıfta öğrenim görenlere göre; Beslenme Alt Faktör puanları (10,112;0,006) 6. ve 7. sınıfta öğrenim görenlere göre yüksek, geçen yılki başarı durumu orta olanların iyi ve çok iyi olanlara göre Stres Yönetimi Alt Faktör (3,923;0,048) ve SYBDÖ II toplam (4,704;0,030) puanları düşük bulunmuştur.

Okula geliş şekli ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sürekli ilaç kullananların kullanmayanlara göre Beslenme Alt Faktör (183,000;0,050) puanları düşük bulunmuştur.

Kronik hastalık ve size göre kilo ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Öğrencilerden öğün atlayanların atlamayanlara göre Beslenme (2,087;0,040) ve Stres Yönetimi (2,349;0,021) Alt Faktör puanları düşük bulunmuştur.

Öğün sayısı ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Düzenli spor yapanların yapmayanlara göre ÇFAA (-4,939;0,001), Sağlık Sorumluluğu (-3,619;0,001), Fiziksel Aktivite (-5,365;0,001), Beslenme (-2,372;0,020), Kişilerarası İlişkiler (-2,733;0,008) Alt Faktörleri ve SYBDÖ II toplam (-3,904;0,001) puanları yüksek bulunmuştur.

Annesi çalışanların çalışmayanlara göre ve kendine ait odası olan çocukların olmayanlara göre Fiziksel Aktivite (463,000;0,023/405,000;0,011), Beslenme (480,500;0,037/438,000;0,029), Manevi Gelişim (483,000;0,040/413,000;0,014), Kişilerarası İlişkiler (369,500;0,001/400,000;0,009) Alt Faktör puanları ve SYBDÖ II toplam (463,000;0,024/396,500;0,008) puanları yüksek bulunmuştur.

Aile tipi, anne eğitim, baba eğitim, yaşanılan ev ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ailede obezite ve DM ile eğitim öncesi ÇFAA, SYBDÖ II ve Alt Faktörleri puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yaş ile Sağlık Sorumluluğu Alt Faktörü (-0,225;0,049), SYBDÖ II Toplam (-0,239;0,036) ve ÇFAA (-0,266;0,019) arasında negatif yönlü düşük düzeyde, Beslenme Alt Faktörü (-0,328;0,004) arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

Haftada spor gün ile Sağlık Sorumluluğu (0,256;0,037), Beslenme (0,252;0,040), Manevi Gelişim ( 0,241;0,049), Kişilerarası İlişkiler (0,352;0,003), Stres Yönetimi Alt Faktörleri (0,276;0,024) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde, Fiziksel Aktivite Alt Faktörü (0,316;0,009), SYBDÖ II Toplam (0,352;0,004), ve ÇFAA (0,336;0,006) arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

Beden memnuniyeti ile Manevi Gelişim (0,243;0,040) , Stres Yönetimi Alt Faktörleri (0,276;0,024) pozitif yönlü düşük düzeyde, Beslenme Alt Faktörü (0,308;0,009), SYBDÖ II Toplam (0,352;0,004), ve ÇFAA(0,336;0,006) arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

ÇFAA ile Sağlık Sorumluluğu (0,499;0,001), Fiziksel Aktivite (0,634;0,001), Beslenme (0,458;0,001), Manevi Gelişim (0,379;0,001), Kişilerarası İlişkiler



(0,410;0,001), Stres Yönetimi (0,385;0,001) alt faktörleri ve SYBDÖ II toplam (0,580;0,001) arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

Eğitim sonrası birinci izlem ve eğitim sonrası ikinci izlem Sağlık Sorumluluğu (5,035;0,008), Fiziksel Aktivite (6,284;0,002), Beslenme (5,709;0,004), SYBDÖ II Toplam (6,227;0,003) puanlarının eğitim öncesi puanlarına göre yüksek olduğu; Eğitim sonrası birinci izlem Kişilerarası İlişkiler (3,145;0,046) ve Stres Yönetimi (3,058;0,050) puanlarının eğitim öncesi puanlarına göre yüksek olduğu bulunmuştur.

Eğitim öncesi, eğitim sonrası birinci izlem ve eğitim sonrası ikinci izlem Manevi Gelişim (1,572;0,211) ve ÇFAA (2,470;0,088) puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

## 6.2. Öneriler

Araştırma bulgularına dayanılarak ileriki araştırmalar ve önleme çalışmalarına yol gösterici olması açısından sunulan öneriler şunlardır:

- Obezite açısından riskli ergenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktiviteyle ilgili aile değerlendirmeleri araştırmaya dahil edilebilir.

- Okul sağlığı hemşireliği uygulamaları kapsamında hizmet verilen öğrenci gruplarına sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktivite düzeyinin geliştirilmesine yönelik düzenli eğitimler verilebilir.

- Okul sağlığı hemşireliği uygulamaları kapsamında hizmet verilen okullarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktivite düzeyinin geliştirilmesine yönelik düzenli düzenlemelerin yapılmasına ilişkin okul toplumuna yönelik eğitimler (okul bahçesi, kantin düzenlemeleri gibi) verilebilir.

- Araştırmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktivite düzeyinin öğrencilerin kişisel ve ailesel özelliklerinden etkilendiği görülmüştür. Bu bağlamda öğrencilere verilecek eğitim programlarına ailelerin de dahil edilmesi uygun olabilir.

- Konu ile ilgili bilinçlenmeyi sağlamak üzere özellikle okul öncesi gruplarına sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktivite eğitimi programları hazırlanarak uygulanabilir.

- Eğitim ortamlarında, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktivite düzeyinin yeterli olmadığı saptanan özellikle obezite açısından riskli ergenlerde öğrencileri geliştirmeye yönelik grup rehberliği çalışmaları yapılabilir.

- Konuyla ilgili benzer ve daha kapsamlı araştırmalar yapılarak, farklı yaş grupları üzerinde eğitimin etkililiğine ilişkin değerlendirmeler gerçekleştirilebilir.

- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktivite eğitiminin etkisini incelemek için deneysel çalışmalar artırılabilir ve izlem çalışmaları ile amaçlanan davranış değişikliklerinin ve verilen eğitimin etkiliği sınanabilir.

Bu araştırma bulguları daha sonraki araştırmalar ile de sınanıp doğrulanırsa, obezite açısından riskli ergenlere yönelik olarak verilecek olan yapılandırılmış sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirici eğitimler, koruyucu okul sağlığı uygulamaları açısından önemli olacaktır.

## KAYNAKLAR

**Abacı A, Büyükgebiz A.** Puberte fizyolojisi "içinde". cinsellik ve cinsel etim. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, 2011, 155-162.

**Adıbelli D.** Kadınlara Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörlerini Azaltmaya Etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2014, 81.

**Ahamed Y, Macdonald H, Reed K, Naylor P.J, Liu-Ambrose T, Mckay H.** School-based physical activity does not compromise children's academic performance. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2007, 39(1), 371-376.

**Akçan P, Tekgül N, Karademirci E, Öngel K.** Ergenlik dönemi: fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. *Turkish Family Physician* 2012, 3(4), 10-16.

**Akkurt S.** Obezite ve Fiziksel Aktivite. *Türkiye Klinikleri J Sports Med-Special Topics* 2015, 1(1), 6-12.

**Akış N, Pala K, İrgil E, Aydın N, Aksu H.** Bursa İli Orhangazi İlçesi 6 merkez ilköğretim okulunda 6-14 yaş grubu öğrencilerde kilo fazlalığı ve obezite. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2003, 29(3), 17-20.

**Aksoy T.** Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2010, 38-78.

**Aksoy T, Uçar H.** Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014, 53-67.

**Aksoydan E, Çakır E.** Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2011, 53, 264-270.

**Al-Shamsi R.** The Prevalence and Selected Determinants of Overweight and Obesity among Children and Adolescent in The City of Al-Ain, UAE, The Degree of Master Science, The University of Maryland 2008, 31-41.

**Altay B, Çavuşoğlu F, Güneştaş İ.** Tıp fakültesi hastanesi'nde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2015, 8 (1), 12-18.

**Altun I.** Effect of a health promotion course on health promoting behaviours of university students. *La Revue de Sante de la Mediterranee orientale* 2008, 4(14), 880-887.

Amerika Ulusal Okul Hemşireliği Birliği (NASN) (2010). School Nursing <https://www.nasn.org/RoleCareer>. Erişim Tarihi: 18.09.2015

**Andrew L.L, Fok S, Stephanie W.S.W.** The healthy lifestyles of enrolled nurse students of two nursing schools in Hong Kong. *Macau Journal of Nursing* 2014, 1(13), 30-34.

**Aras Doğan Ş.** Epilepsi Tanısı Alan Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2012, 26-56.

**Arı Z, Süzek H.** Muğla merkez köylerindeki bir grup ilköğretim okulu öğrencisinde serum lipid profili ve obezite taraması, *Adü Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008, 9(2), 11 – 16.

**Aşçı Ö.** Gebe Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2013, 58-72.

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

**Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F.** Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005, 9(2), 26-34.

**Babaoğlu K, Hatun Ş.** Çocukluk çağında obesite, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2002, 11, 8-10.

**Baltacı G, Ersoy G, Karaağaoğlu N, Derman O, Kanbur N.** Ergenlerde sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam. *T. C. Sağlık Bakanlığı Yayınları*, Ankara 2008.

**Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A.** Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği u'nun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 12(1), 1-13.

**Baltacı G, Ersoy G, Karaağaoğlu N, Derman O, Kanbur N.** Ergenlerde sağlıklı beslenme hareketli yaşam. *T. C. Sağlık Bakanlığı Yayınları*, Ankara 2006.

**Baltacı G, Ersoy G, Karaağaoğlu N, Derman O, Kanbur N.** Ergenlerde sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam. *T. C. Sağlık Bakanlığı Yayınları*, Ankara 2008.

**Bebiş H, Akpunar D, Özdemir S, Kılıç S.** Bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi. *Gülhane Askeri Tıp Akademisi* 2015, 57, 129-135.

**Berçin T.** Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2010, 46-84.

**Beydağ K.D, Uğur E, Sonakın C, Yürügen B.** Sağlık ve yaşam dersinin üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 3(1), 599-609.

**Biddle S.J.H, Whitehead S.H, O'Donovan TM, Nevill M.E.** Correlates of participation in physical activity for adolescent girls: A systematic review of recent literature. *Journal of Physical Activity and Health* 2005, 2, 423-434.

**Bilgili N, Ayaz S.** Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2009, 8(6), 497-502.

**Bilinski H, Semchuk KM, Chad K.** Understanding physical activity patterns of rural Canadian children. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care* 2005, 5(2),73-82.

**Binay Ş.** Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Öz Yeterlilikleri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin 2012, 30-57.

**Bozdemir N, Kurdak H.** Çocuk ve Adolesanlarda Obezite. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2015, 6(3), 65-70.

**Bozhüyük A.** Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana 2010, 36-81.

**Büyükgebiz A.** Adolesanlarda Fiziksel ve Cinsel Gelişim. *Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences*, 2006, 2(7), 1-5

**Ceylan SS, Turan T.** Bir ilköğretim okulunda 11-14 yaş arasındaki öğrencilerde obesite sıklığı ve etkileyen etmenler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 11(4), 76-84.

**Chan C.** Childhood obesity and adverse health effects in Hong Kong. *Obesity Reviews*, 2008, 9, 87-90.

**Cihangiroğlu Z, Deveci S. E.** Fırat üniversitesi Elazığ sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi* 2011, 16 (2), 78-83.

**Coşansu G, Demirezen E, Erdoğan S.**”Adölesanlarda Obezite Sıklığı ve İlişkili Faktörler”, Hemşirelik Formu, Temmuz-Ağustos, 2005, 2-5.

**Crimi K, Hensley L.D, Finn K.J.** Psychosocial correlates of physical activity in children and adolescents in a rural community setting. *International Journal of Exercise Science* 2009, 2(4), 230-242.

**Çakır H.** Hipertansiyon Hastalarına Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2003, 1.

**Çakır M, Piyal B, Aycan S.** Hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi: tıp fakültesi tabanlı kesitsel bir çalışma. *Ankara Medical Journal* 2015, 15 (4), 209-219.

**Çelik E.** Tokat İl Merkezindeki İlköğretim 6,7,8. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Bilgi Düzeyleri ve Alışkanlıkları İle Obezite Sıklığını Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tokat 2012, 41-62.

**Çelik G.G.** Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine Başvuran Ergenlerin Özellikleri. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana 2007.

**Çetinkaya Ş.** Lise Öğrencisi Erkek Ergenlerde Problem Çözme Eğitiminin Problem Çözme Becerisi, Kişilerarası İlişki Tarzı ve Öfke Kontrolü Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın 2013, 107-128.

**Çınar S.** Farklı Sosyoekonomik Düzeylerdeki 7-14 Yaş Grubundaki Çocuklarda Obezitenin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2013, 37-63.

**Çıtak Akbulut G, Özmen M, Besler HT.** Çağın Hastalığı Obezite. *Bilim ve Teknik* 2007, 1-15. <http://www.biltek.tubitak.gov.tr/bdergi/yeniufuk/icerik/obezite.pdf>. Erişim tarihi: 12.09.2015

**Çivitçi Ş, Harmankaya H.** 6–16 yaş arası obez çocukların ve ergenlerin giysilerde tercih ettiği özellikler, *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2012.

**Dalak H.** Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin 2010, 61-97.

**Davis MM, Gance-Cleveland B, Hassink S, Johnson R, Paradis G, Resnicow K.** Recommendations for prevention of childhood obesity. *Pediatrics* 2007, 120 (4), 229

**Daştan İ, Çetinkaya V, Delice M.E.** İzmir İlinde 7-18 yaş arası öğrencilerde obezite ve fazla kilo prevalansı. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2014, 10, 139-146.

**Demir G, Arıöz A.** Göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014, 4 (2), 1-8.

**Demir Z, Haşıl Korkmaz N, Sevil Ü.** Spor yapan ve yapmayan üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi* 2015, 14 (5), 96-109.

**Derman O.** Ergenlerde Psikososyal Gelişim. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II. Sempozyum Dizisi, İstanbul 2008, 63, 19-21.

**Dil S, Gönen Şentürk S, Aykanat Girgin B.** Çankırı ilinde ergenlerin benlik saygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının riskli sağlık davranışları ve bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2015, 16, 51-59.

**Dişçigil G.** Günümüzün çocukluk ve adölesan çağı epidemisi: obezite, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2007, 11(2), 93-94.

**Dönmez A.** HPV (+) Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Geliştirmenin Serviks Kanseri'ni Önlemeye Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2013, Özet bölüm.

**Duran Paola M.D, Kramer Robert E.** Pediatric Obesity: Concerns and Controversies. Lippincot Williams & Wilkins, Inc. July 2002, 168-179

**Duran Ö, Sümer H.** Ebelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 17(1), 40-49.

**Ercan O.** Adölesanın Fiziksel Gelişimi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, İstanbul Mart 2008, 63, 13-18.

**Erci B.** Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam, İçinde: Erci B (Editör). *Halk Sağlığı Hemşireliği*, Göktuğ Yayıncılık, Fırat Matbaacılık, Ankara, 2009: 192–201.

**Erciyes Y.** Hipertansiyonlu Hastalarda Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2013, 30-49.



**Erdim L, Ergün A, Kuşuoğlu S.** Çocuklarda obezitenin önlenmesi ve yönetiminde hemşirenin rolü, *HSP* 2014, 1(2), 115-126.

**Erdim L, Ergün A, Kuşuoğlu S.** Reliability and validity of Turkish version of the physical activity questionnaire for older children (PAQ-C). *Archives of Disease Childhood* 2012, 97(2), A-20.

**Erdoğan D.** Lefkoşa Merkezde Öğrenim Gören Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa 2011, 34-55.

**Eren Fidancı B.** Nola J. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinin Obez Çocuklarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Özgüven Kavramına Etkisinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2010, 94.

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

**Ergün A, Gür K, Erol S, Kadioğlu H.** Okul temelli fiziksel etkinlik programının çocukların fiziksel etkinlik bilgi ve davranışlarına etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2012, 14(2), 17-28.

**Ergün S.** Okul Çağı Çocuklarında Egzersizden Hoşlanma İle Fiziksel Aktivite Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2013, 33-65.

**Erkan T.** Ergenlerde Beslenme. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, İstanbul 2008, 63, 73-77.

**Erkan, T.** Sağlıklı çocuğun beslenmesinde sık karşılaşılan sorunlar. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi, İstanbul 2003 Ekim, 35, 85-92.

**Ersoy R, Çakır B.** Obezite, *Turkish Medical Journal* 2007, 1, 109-111.

**Ertop N.G, Yılmaz A, Erdem Y.** Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimleri. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012, 14(2), 1-7.

**Evrım F.İ.** Ankara İli Etimesgut İlçesi Şeyh Şamil İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Obezite Durumu, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2010, 15-48.

**Fiveash L.B.** The Relationship among Obesity, Quality of Life, and Health Care in African American School Children, The Degree of Doctor Public Health, Birmingham 2003, 55-60.

**Garasky S, Steward S.D, Gundersen C, Lohman B.J, Eisenmann J.C.** Family stressors and child obesity. *Social Science Research* 38 ,2009, 38(4), 755–766.

**Geçkil E, Yıldız S.** Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle başetme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006, 10(2), 19-28.

**Genç F, Yeşilyurt G, Eroğlu G, Altıparmak A, Polat A, Soğüt D.** Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 4(1), 15-27.

**Gillis L.J, Kennedy L.C, Bar-Or O.** Overweight children reduce their activity levels earlier in life than healthy weight children. *Clinical Journal of Sport Medicine* 2006, 15, 51-55.

**Gönül G.** Bir İlaç Firmasında Çalışanların Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2009, 93-119.

**Gözü A.** Mardin ili ilköğretim okullarında 6-15 yaş grubu öğrencilerde kilo fazlalığı ve obezite prevalansı. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2007, 5(1), 31-35.

**Güçlü M.** Obezite Tanımı, Epidemiyolojisi ve Önemi. Bursa Eğitim Günleri, Bursa 2013, 35-39.

**Güler Y, Gönener H.D, Altay B, Gönener A.** Adolesanlarda obezite ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 10(4) , 165.

**Gümüşler A.** ”Rize İli Çayeli ilçesindeki Lise Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Beslenme Alışkanlıkları”, Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Trabzon 2006, 11-61.

**Günöz H.** Çocuk ve adolesanlarda obezite. *Aktüel Tıp Dergisi*, 2001 6(2), 58-62.

**Habeş S.** Obezite Şikayetiyle Antakya Devlet Hastanesine Başvuran Adolesanlarda Vücut Yağ Yüzdesinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anatomi (Vet) Anabilim Dalı, Antakya 2013.

**Hatipoğlu N.Ş.** Adölesanlarda Psikososyal Gelişim. *Türkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics* 2013, 4(1), 12-15.

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

**Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi M.H, Vardanjani A.E, Rafiei H.** Health-promoting behaviors and their association with certain demographic characteristics of nursing students of Tehran city in 2013. *Global Journal of Health Science* 2015, 2(7), 264-272.

**Hsiao Y.C, Chen M.Y, Gau Y.M, Hung L.L, Chang S.H, Tsai H.M.** Short-Term effects of a health promotion course for taiwanese nursing students. *Public Health Nursing* 2005, 1(22), 74-81.

**Joens-Matre R.R, Welk G.J, Calabro M.A, Russell D.W, Nicklay E, Hensley L.D.** Rural-urban differences in physical activity, physical fitness, and overweight prevalence of children. *The Journal of Rural Health* 2008, 24(1), 49-54.

**Kabaran S, Gezer C.** Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’ndeki çocuk ve adölesanlarda akdeniz diyetine uyum ile obezitenin belirlenmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2013, 1, 11-20.

**Karadamar M, Yiğit R, Sungur M.A.** Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 17(3), 131-139.

**Karadamar M.** Ergenlerin Kiloları İle İlgili Algılarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin 2010, 51-69.

**Karakoç A.** Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2006, 31-64.

**Karakoç Kumsar A, Çınar S.** Metabolik sendromlu kadınlarda hemşire danışmanlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazanmada etkinliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science* 2015, 7(2), 90-101.

**Kayar H, Utku S.** Çağımızın Hastalısı Obezite ve Tedavisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013, 6(2), 1-8.

**Kefeli B.** Samsun İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun 2010, 34-72.

**Keleş B.** Obez Olmamak İçin Nasıl Yaşamalıyız?, Bursa Eğitim Günleri, Bursa 2013, 35-39.

**Khaghanyrad E.** İki Farklı Ülkede Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, , Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2014, 32-58.

**Kılıçarslan Törüner E, Ayaz S, Savaşer S.** Anne babaların çocuklarının kiloları hakkındaki algıları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2014, 16(2), 11-20

**Kocaakman M, Aksoy G, Eker H.H.** İstanbul ilindeki hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010, 17(2), 19-24.

**Kocaakman M.** İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Birinci ve Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2009, 54-77.

**Koch F.S, Sepa A, Ludvigsson J.** Psychological stress and obesity. *The Journal of Pediatrics*, 2008, 153(6), 839–844

**Koçoğlu D, Akın B.** Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2009, 2 (4), 145-154.

**Korkmaz A.** Kocaeli İli Gebze İlçesindeki İlköğretim II. Basamak (6, 7, 8 Sınıflar) Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Beslenme Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya 2008, 23-36.

**Korkmaz A.** Kocaeli İli Gebze İlçesindeki İlköğretim II. Basamak (6, 7, 8 Sınıflar) Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Beslenme Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya 2008, 23-36.

**Köksal G, Özel H.** Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite. Sağlık Bakanlığı Hacettepe üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara 2008.

**Kutlu R, Çivi S.** Özel bir ilköğretim okulu öğrencilerinde beslenme alışkanlıklarının ve beden kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2009, 14(1), 18-24.

**Lawrence S. Neinstein, Gordon CM, Katzman DK, Rosen DS, Woods ER.** Handbook of Adolescent Health Care. United States: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

**Lazarou C, Kouta C.** The role of nurses in the prevention and management of obesity. *British Journal of Nursing* 2010, 19(10), 641-647.

**Limnili G.** Balçova Bölgesi 15-17 Yaş Arası Lise Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Obeziteyle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir 2010.

**Lin Y.H, Tsai E.M, Chan T.F, Chou F.H, Lin Y.L.** Health promoting lifestyles and related factors in pregnant women. *Chang Gung Medical Journal* 2009, 6(32), 650-661.

**Lowry R, Lee S.M, Fulton E.J, Demissie Z, Kann L.** Obesity and other correlates of physical activity and sedentary behaviors among us high school students. *Journal of Obesity*, 2013, 1, 1-10.

**McLeod A.** Frequency of Adolescent Fast Food and Other Eating Behavior, Television Viewing Behavior, and Physical Activity: Stages of Change and Self-Efficacy for Behaviors to Prevent Obesity, The Degree of Doctor of Education, Columbia University 2006, 70-123.

**Menteş E, Menteş B, Karacabey K.** Adölesan Dönemde Obezite ve Egzersiz. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2011, 8(2), 964-977.

**Merder Coşkun D.** Çocuk ve Ergenlerde Kas-İskelet Sistemi Muayene Bulgularının Obezite İle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2015, 50-81

**Merten M.J, Williams A.L, Shriver L.H.** Breakfast consumption in adolescence and young adulthood: parental presence, community context, and obesity. *Journal of the American Dietetic Association*. 2009, 109(8), 1384-1391.

**Metinoğlu İ, Pekol S, Metinoğlu Y.** Kastamonu’da 10-12 yaş grubu öğrencilerde obezite prevalansı ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012, 3(2), 117-123.

**Meydanlıoğlu A.** Hemşire Liderli "Sağlık İçin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Programı" nın Çocukların Beslenme ve Fiziksel Aktivite Düzeylerine Etkisi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2013, 1.

**Murathan F.** Üniversite Öğrencilerinde Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, Doktora Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ 2013, 80-71.

**Müller MJ, Mast M, Asbeck I, Langnäse K, Grund A.** Prevention of obesity is it possible? *Obesity Reviews*, 2001, 2, 15–28.

**Nakamura P.M, Teixeira I.P, Papini C.B, Lemos N, Nazario M.E.S, Kokubun E.** Physical education in schools, sport activity and total physical activity in adolescents. *Brazilian Journal of Kinanthropometry and Human Performance* 2013, 15(5), 517-526.

**Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F.** Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008, 51, 1-14.

**Oyur Çelik G, Malak A.T, Bektaş M, Yılmaz D, Sami Yümer A, Öztürk Z, Demir E.** Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Anatolian Journal Clinica Investig* 2009, 3(3), 164-169.

**Önay D.** Ankara'da Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeylerdeki 14-15 Yaş Grubu Öğrencilerin Beslenme Durumu ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2002, 37-95.

**Özilibey P.** İlköğretim 1. Kademe Öğrencilerinden Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2013, 28-41.

**Özmert E.N, Derman O, Esen O, İbiş M, Şimşek Ç, Bediz D, Kalbur N, Karakaş H, Seyrek V, Gündoğan A.** Çocuk ve ergen sağlığı modülleri. *T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları*, Ankara 2008.

**Özpulat F, Sivri B.B.** Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 55 yaş ve üstü kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2013, 3(22), 80-89.

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

**Öztürk Ö.** Bir Cezaevinde Kalan Ergenlerde Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Sağlığı Geliştirme Modeline Temellendirilmiş Eğitimin Davranış Değişikliğine Etkisi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2013, 1.

**Pangrazi R.P, Beighle A, Vehige T, Vack C.** Impact of promoting lifestyle activity for youth (play) on children's physical activity. *Journal of School Health* 2003, 73, 317-321.

**Parlak A, Çetinkaya Ş.** Çocukların obezitenin oluşumunu etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2(5), 24-35.

**Pekcan H.** Adölesan (Delikanlı) Sağlığı, İçinde: Güler, Ç., Akın, L. (Ed). Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2006, 482-506.

**Pekcan G.** Beslenme durumunun saptanması, İçinde: Diyet El Kitabı (Yenilenmiş 6. Baskı), Hatipoğlu Yayınları, Ankara 2011, s 100-119.

**Pender NJ.** Health Promotion in Nursing Practice. Second Edition. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1987. 43-57.

**Pender NJ, Murdaugh LC, Parsons AM.** Health Promotion in Nursing practice. Fifth Edition. USA: Prentice Hall, 2006; 51-57.

**Pender, N.J.** Health Promotion Model Manual. [http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH\\_PROMOTION\\_MANUAL\\_Rev\\_5-2011.pdf](http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf). Erişim tarihi: 08.01.2016

**Pesen Vural Ş.** Manisa'da Seçilen İki İlköğretim Okulunda Adölesan Yaş Grubundaki Çocuklarda Obezite, Hipertansiyon, Hiperlipidemi Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Manisa 2007, 47-132.

**Pyle S, Poston C.** Fighting an epidemic: the role of schools in reducing childhood obesity. *Psychology in the Schools*, 2006, 43(3), 361-376.

**Rahimi Asiabi S.** Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Alışkanlıkları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Akademik Başarı İle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2012, 29-43.



**Savaşhan Ç, Sarı O, Aydoğan Ü, Erdal M.** İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2015, 19(1), 14-21.

**Smith C.A.** Demographic Factors Associated with Obesity among African American and Latino Adolescents, Degree of Master of Sciences, Tennessee State University 2011, 31-48

**Spear BA, Barlow SE, Ervin C, Ludwig DS, Saelens BE, Schetzina KE, Taveras E.M.** Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics* 2007, 120 (4), 254-288.

**Strauss R.S, Bradley L.J, Brolin R.E.** Gastric bypass surgery in adolescents with morbid obesity. *Journals of Pediatrics*, 2001, 138, 499-504.

**Şimşek F, Ulukol B, Berberoğlu M, Gülnar S, Adıyaman P, Öcal G.** Ankara'da Bir İlköğretim Okulu Ve Lisede Obezite Sıklığı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2005, 58, 163-166.

**Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş.** Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi 2012, 3(26), 151-157.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Obezite ile Mücadele Programı ve Ulusal Eylem Planı Taslağı. 3. Taslak. Ankara 2008.

**Tam A.A, Çakır B.** Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. *Ankara Medical Journal* 2012, 12(1), 37-41.

**Tambağ H.** Huzurevindeki Yaşlılara Sağlıklı Yaşam Biçimi Ve Yaşam Doyumu Geliştirmeye Yönelik Verilen Psikoğitimin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2010, 32-43.

**Thompson A.M, Baxter-Jones A.D.G, Mirwald R.L, Bailey D.A.** Comparison of physical activity in male and female children: Does maturation matter?, *Medicine and Science In Sports and Exercise* 2003, 35, 1684-1690.

**Tuygar Ş.F.** Bağımlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Geliştirme Eğitiminin Beden Kitle İndeksi Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2009, 127-157.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA 2010) Yayınlanmamış Rapor, Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2010.

Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR 2013), Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2014.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezite. <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=38> Erişim tarihi: 11.09.2015

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezitenin Dünya'da Görülme Sıklığı. <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=38> Erişim tarihi: 11.09.2015

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara 2014, Türkiye.

Türkiye Çocukluk Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014) . Sağlık Bakanlığı Yayınları 2011, Ankara.

**Uğuz Anamur M, Bodur S.** Konya il merkezindeki ergenlik öncesi ve ergen çocuklarda aşırı ağırlık ve şişmanlık durumunun demografik özelliklerle ilişkisi, *Genel Tıp Dergisi*, 2007, 17(1).

Ulusal Hane Halkı Araştırması. Temel Bulgular. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü. Ankara 2006.

Ulusal Obezite Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara 2004.

**Ulutaş AP, Atla P, Say ZA, Sarı E.** Okul çağındaki 6-18 yaş arası obez çocuklarda obezite oluşumunu etkileyen faktörler, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2014, 45(4), 192-196.

**Uskun E, Öztürk M, Kışıoğlu A.N, Kırbıyık S, Demirel R.** İlköğretim öğrencilerinde obezite gelişimini etkileyen faktörler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005, 12(2), 19-25.

**Uz D.** Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2011, 32-66.

**Uzun N.** Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Algılanan Ebeveyn Kontrolü ve Depresyon ile Obezitenin İlişkisi: Obezite İçin Koruyucu ve Risk Faktörleri. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014, Aydın, 1.

**Ünalın P, Kaya Ç, Akgün T, Yıkılan H, İşgör A.** Birinci basamakta ergen sağlığına yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2007, 27, 567-576.

**Üstüner Top F.** Ergenlerde Sağlığı Geliştirme Modeli ve Bilgi İşlem Kuramına Temellendirilen Hemşirelik Girişiminin Ağız Diş Sağlığı Davranışına Etkisi Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2011, 1.

**Vançelik S, Çankaya C.H, Serttaş M, Tunçel K, Arıkan D, Küçükoğlu S, Tüfekçi F, Özkan H, Aydın M, Baran G.** Erzurum İli, 7-11 yaş okul çocuklarında obezitenin önlenmesine yönelik yapılan girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal Pediatri* 2013, 22(2), 70-77.

**Vural P I, Bakır N.** Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 1(6), 36-42.

**Wei C.N, Harada K, UedaK, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A.** Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environ Health Preventive Medicine* 2012, 17, 222–227.

**Welk G.J, Wood K, Morss G.** Parental influences on physical activity in children: An exploration of potential mechanisms. *Pediatric Exercise Science* 2003, 15, 19-33.

WHO Adolescent Health. [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/). Erişim Tarihi: 13.09.2015

WHO Childhood Overweight. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>  
Erişim tarihi: 18.09.2015

WHO Obesity. <http://www.who.int/topics/obesity/en/>. Erişim tarihi: 14.09.2015

WHO Obesity and overweight. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>  
Erişim tarihi: 11.09.2015

WHO. The Challenge Of Obesity in The WHO European Region And The Strategies For Response, Ed. Francesco Branca, Haik Nikogosian ve Tim Lobstein, WHO, Denmark, 2007.

**Yalçınkaya M, Özer F.G, Karamanoğlu A.Y.** Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007, 6(6), 409-420.

**Yamaki K, Rimmer J.H, Lowry B.D, Vogel L.C.** Prevalence of obesity-related chronic health conditions in overweight adolescents with disabilities, *Research in Developmental Disabilities*, 2011, 32(1), 280–288.

**Yapıcı M, Yapıcı Ş.** Çocukta Bilişsel Gelişim, *Üniversite ve Toplum Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi*, 2006, 1(6), <http://www.universite-toplum.org/> (10.12.2015)

**Yıldırım N.** Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2005, 50-88.

**Yıldız İ.** Lise Öğrencilerinde Problemlerle İnternet Kullanımı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2010, 44-87.

**Yılmaz A.** Obez Lise Öğrencilerine Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2014, 1.

**Yüce Ö, Bideci A.** Çocukluk Çağı Obezitesinde Genetik Nedenler. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2015, 11(3), 29-35.

**Yücesan Aktaş N.** Konya İl Merkezinde Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki 9-11 Yaş Grubu Öğrencilerin Obezite Prevelansı ve Bunu Etkileyen Etmenler, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2001, 41-107

# EKLER

## Ek 1. Etik Kurul İzin Yazısı



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



Sayı : 56989545/050.04-366  
Konu : Çalışmanız hk.

26.12./2014  
AYDIN

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Filiz ADANA  
Aydın Sağlık Yüksekokulu  
Hemşirelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 25.12.2014 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 13 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU  
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurul Başkanı

### KARAR 13

Protokol No : 2014/487  
Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Filiz ADANA  
Aydın Sağlık Yüksekokulu/ Hemş. Böl.

Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü- Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Filiz ADANA'nın "Obezite açısından riskli ergenlere verilen olumlu sağlık davranışları geliştirme eğitiminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktivite üzerine etkisi" başlıklı klinik araştırmasının 11.12.2014 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 19.12.2014 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

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

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

## Ek 2. İl Millî Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.  
AYDIN VALİLİĞİ  
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 86174507/605/6060825

04/12/2014

Konu: Araştırma İzni.

Filiz ADANA  
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK YÜKSEKOKULU  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ AD.  
AYDIN

17/11/2014 tarihli dilekçeniz gereği; İlimiz Efeler İlçesi Mustafa Kiriş Ortaokulu, Gazipaşa Ortaokulu ve Hacı Lütfiye Atay Ortaokullarında Kasım 2014- Ekim 2015 tarihleri arasında "Obezite Açısından Riskli Ergenlere Verilen Olumlu Sağlık Davranışları ve Fiziksel Aktivite Üzerine Etkisi" isimli çalışma yapma isteğiniz, Millî Eğitim Bakanlığı 2012/13 sayılı genelgesi doğrultusunda incelenmiştir.

2014-2015 eğitim öğretim yılında İlimiz Efeler İlçesindeki Mustafa Kiriş Ortaokulu, Gazipaşa Ortaokulu ve Hacı Lütfiye Atay Ortaokullarında, uygulama yapılmadan önce; uygulama yapacağınız 6 oturumluk ders saatleri için Efeler İlçe Millî Eğitim Müdürlüğünden izin alınmasının uygun olacağı, ayrıca etik kurulu raporunun alınması şartıyla Veri Toplama Araçlarının ve ders içerisinde uygulanacak matematik sorularının uygulanması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Seyfullah OKUMUŞ  
Millî Eğitim Müdürü V.

Meşrutiyet Mah.Kültür Cad. No:20 AYDIN  
E-posta : aydinmem@meb.gov.tr  
Web : http://aydin.meb.gov.tr

İrtibat :Md.Yrd. Y.YILMAZ  
Telefon :0-256-2151028  
Faks :0-256-2251268

Guvenli Elektronik İmza  
Aslı ile Aynıdır  
04.12.2014  
Ergun OKUMUŞ  
S=1

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 52e4-3119-3ac2-8af4-4060 kodu ile teyit edilebilir.

**Ek 3. İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı**



T.C.  
**EFELER KAYMAKAMLIĞI**  
İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 27990119/605/6363492

11/12/2014

Konu: Araştırma İzni

**KAYMAKAMLIK MAKAMINA**

**İlgi** : Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulunun 04/12/2014 tarih ve 6060825 sayılı yazısı;

İlgi yazıyla 2014-2015 Eğitim Öğretim yılında İlçemiz Mustafa Kiriş Ortaokulu, Gazipaşa Ortaokulu ve Hacı Lütfiye Atay Ortaokullarında obezite konusunda (6 saatlik oturum) araştırma yapmak isteyen Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA' nın araştırma isteği Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür;

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Mustafa ÖZMEN  
İlçe Milli Eğitim Müdürü

**Eki** :  
1 Adet Yazı  
1. Adet Dilekçe (Eki 24 syf.)

OLUR  
11/12/2014

İzzettin SEVGİLİ  
Kaymakam

**Güvenli Elektronik İmza**  
Aslı ile Aynıdır.  
11.12.2014.

*Celal Tokdemir*

Efeler İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü EFELER/AYDIN

Ayrıntılı bilgi için: C.TEKİN V.H.K.İ.  
ORTAÖĞRETİM BÖLÜMÜ



#### Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Öğrenci)

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ÖĞRENCİ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 4)

#### LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar

#### ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Aşırı kiloluluk-Obezite Açısından Riskli Ergenlere Verilen Olumlu Sağlık Davranışları Geliştirme Eğitiminin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Fiziksel Aktivite Üzerine Etkisinin olup olmadığının araştırılmasıdır.

#### KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Neyzi ve ark'nın (2008) Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu, Baş Çevresi ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri'nde belirtilen yaş ve cinsiyete göre belirlenmiş çizelgelerde 85. ile 95. persentil arası **fazla kilolu** olarak tanımlanmaktadır.

**Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için belirtilen çizelgelerde “fazla kilolu” grubunda yer almanız gerekmektedir.**

- 85. – 95. Persentil arasında-Fazla kilolu

#### NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmanın başlangıç aşamasında Hacı Lütfiye Atay Ortaokulu'ndaki tüm öğrencilerin gerekli ölçümleri (boy, kilo) yapılacaktır. Okulda obezite açısından riskli olduğu belirlenen öğrencilere konu ile ilgili araştırmacı tarafından hazırlanan anket, Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi (ÇFAA) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) uygulanacaktır. Obezite açısından riskli olduğu belirlenen öğrencilerin tamamı eğitime alınacaktır. Öğrencilere verilecek eğitimin içeriği Pender'in sağlığın geliştirilmesi modeline dayandırılmıştır. Eğitim sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi konularını içermekte ve öğrencinin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanmasını amaçlamaktadır.

Öğrencilere sunulacak eğitimler okulun eğitim salonunda 4 oturum (her bir oturum 40 dakika/bir ders saati) şeklinde gerçekleştirilecektir. Eğitimin bitiminde ve eğitim bittikten 4 hafta sonra ölçek uygulaması (ÇFAA, SYBDÖ II) tekrarlanacaktır.

Eğitim bitiminden sonra tüm eğitim konularını içeren broşür öğrencilere dağıtılacaktır.

## **SORUMLULUKLARIM NEDİR?**

Araştırma ile ilgili olarak size verilen anket formunu doldurmanız, eğitimlere katılmanız sizin sorumluluklarınızdır.

Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

## **KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı araştırmanın yapılacağı okuldaki obezite yönünden riskli olan birey sayısıdır.

## **ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?**

Bu araştırma için öngörülen süre 12 ay'dır.

## **GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?**

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 160 dk'dır.

## **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

Araştırma kapsamına alınacak obezite riski olan öğrencilerde sağlık davranışlarını geliştirme eğitiminin obeziteden korunmada etkili olacağı düşünülmektedir. Diğer bir yandan da bireylerde davranış değişikliği eğitiminin çocukluk ve ergenlik döneminde daha etkili olabileceği düşünülmektedir. Yapılan literatür taraması sonucunda Türkiye'de sağlık davranışlarının geliştirilmesi için girişimsel olarak yapılan yeterli sayıda araştırma bulunmamaktadır. Yapacağımız araştırma sonuçlarına göre, olumlu sağlık davranışları geliştirme eğitiminin obezite açısından riskli ergenlerde fiziksel aktivite ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi netlik kazanılabilecektir. Halk sağlığı hemşireliğinin amaçlarından biri bireyde olumlu davranış değişikliği oluşturmaktır bu nedenle özellikle toplu yaşam alanlarında ve özellikle de genç nüfusun toplu olarak bulunduğu okullarda konu ile ilgili yapılacak araştırmalar koruyucu sağlık hizmetleri açısından rehber niteliği taşıyacaktır. Türkiye'de okul sağlığı hemşireliği uygulamaları kapsamında obezite ile ilgili yapılacak olan girişimlerin planlanması, olumlu sağlık davranışlarını geliştirme eğitimine yol gösterici olması ve literatüre katkı sağlaması düşünülmektedir.

## **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**

Size bu araştırmada anket soruları ve ölçekler uygulanacaktır, boy-kilo ölçümü yapılacak, olumlu sağlık davranışları geliştirme eğitimi verilecektir. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen etkiler yoktur.

## **HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?**

Kendi isteğinizle çalışmadan çıkmamız, verilen anket formunu doldurmamanız, eğitimlere katılmamanız durumunda sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

## **ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Uygulama süresi boyunca, sorularınız için araştırmacımız Duygu YEŞİLFİDAN'a başvurabilirsiniz. İletişim numarası: 0506 767 67 95

## **ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

## **ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?**

## **ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

## **ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır. Bu çalışmadan hiçbir şekilde adınız anılmayacak, belirtilmeyecektir. Anketleri sadece araştırmacı toplayacak ve güvenli bir biçimde saklayacak, sizin izniniz olmadıkça kimse ile paylaşmayacaktır. Araştırmadan ayrılmanız durumunda araştırmacıya bilgi vermeniz ve anketinizin değerlendirme kapsamına alınmamasını bildirmeniz yeterlidir.

## **KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?**

Size ait tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

<b>GÖNÜLLÜNÜN</b>		<b>İMZASI</b>
<i>ADI &amp; SOYADI</i>		
<b>ADRESİ</b>		
<b>TEL. &amp; FAKS</b>		
<b>TARİH</b>		

<b>ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ</b>		<b>İMZASI</b>
<i>ADI &amp; SOYADI</i>		
<i>TARİH</i>		

<b>GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK</b>		<b>İMZASI</b>
<i>ADI &amp; SOYADI</i>		
<i>GÖREVİ</i>		
<i>TARİH</i>		

## Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Veli)

### BİLGİLENDİRİLMİŞ VELİ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 4)

#### LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Velisi olduğunuz ..... isimli öğrenci çalışmaya katılmak üzere davet edilmiştir. Bu çalışmada yer almasını kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice

#### ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Aşırı kiloluluk-Obezite Açısından Riskli Ergenlere Verilen Olumlu Sağlık Davranışları Geliştirme Eğitiminin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Fiziksel Aktivite Üzerine Etkisinin olup olmadığının araştırılmasıdır.

#### KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Neyzi ve ark'nın (2008) Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu, Baş Çevresi ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri'nde belirtilen yaş ve cinsiyete göre belirlenmiş çizelgelerde 85. ile 95. persentil arası **fazla kilolu** olarak tanımlanmaktadır.

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için belirtilen çizelgelerde “fazla kilolu” grubunda yer almanız gerekmektedir.

- 85. – 95. Persentil arasında-Fazla kilolu

#### NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmanın başlangıç aşamasında Hacı Lütfiye Atay Ortaokulu'ndaki tüm öğrencilerin gerekli ölçümleri (boy, kilo) yapılacaktır. Okulda obezite açısından riskli olduğu belirlenen öğrencilere konu ile ilgili araştırmacı tarafından hazırlanan anket, Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi (ÇFAA) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) uygulanacaktır. Obezite açısından riskli olduğu belirlenen öğrencilerin tamamı eğitime alınacaktır. Öğrencilere verilecek eğitimin içeriği Pender'in sağlığın geliştirilmesi modeline dayandırılmıştır. Eğitim sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi konularını içermekte ve öğrencinin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanmasını amaçlamaktadır.

Öğrencilere sunulacak eğitimler okulun eğitim salonunda 4 oturum (her bir oturum 40 dakika/bir ders saati) şeklinde gerçekleştirilecektir. Eğitimin bitiminde ve eğitim bittikten 4 hafta sonra ölçek uygulaması (ÇFAA, SYBDÖ II) tekrarlanacaktır.

Eğitim bitiminden sonra tüm eğitim konularını içeren broşür öğrencilere dağıtılacaktır.

## **SORUMLULUKLARIM NEDİR?**

### **KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı araştırmanın yapılacağı okuldaki obezite yönünden riskli olan birey sayısıdır.

### **ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?**

Bu araştırma için öngörülen süre 12 ay'dır.

### **GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?**

Bu araştırmada öngörülen zaman 160 dk'dır.

### **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

Araştırma kapsamına alınacak obezite riski olan öğrencilerde sağlık davranışlarını geliştirme eğitiminin obeziteden korunmada etkili olacağı düşünülmektedir. Diğer bir yandan da bireylerde davranış değişikliği eğitiminin çocukluk ve ergenlik döneminde daha etkili olabileceği düşünülmektedir. Yapılan literatür taraması sonucunda Türkiye'de sağlık davranışlarının geliştirilmesi için girişimsel olarak yapılan yeterli sayıda araştırma bulunmamaktadır. Yapacağımız araştırma sonuçlarına göre, olumlu sağlık davranışları geliştirme eğitiminin obezite açısından riskli ergenlerde fiziksel aktivite ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi netlik kazanılabilecektir. Halk sağlığı hemşireliğinin amaçlarından biri bireyde olumlu davranış değişikliği oluşturmaktır. Bu nedenle özellikle toplu yaşam alanlarında ve özellikle de genç nüfusun toplu olarak bulunduğu okullarda konu ile ilgili yapılacak araştırmalar koruyucu sağlık hizmetleri açısından rehber niteliği taşıyacaktır. Türkiye'de okul sağlığı hemşireliği uygulamaları kapsamında obezite ile ilgili yapılacak olan girişimlerin planlanması, olumlu sağlık davranışlarını geliştirme eğitimine yol gösterici olması ve literatüre katkı sağlaması düşünülmektedir.

### **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**

Öğrenciye bu araştırmada anket soruları ve ölçekler uygulanacaktır, boy-kilo ölçümü yapılacak, olumlu sağlık davranışları geliştirme eğitimi verilecektir. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen etkiler yoktur.

### **ÖĞRENCİ HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİR?**

Öğrencinin kendi isteğiyle çalışmadan çıkması, verilen anket formunu doldurmaması, eğitimlere katılmaması durumunda öğrenci çalışmadan çıkarılabilir.

### **ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Uygulama süresi boyunca, sorularınız için araştırmacımız Duygu YEŞİLFİDAN'a başvurabilirsiniz. İletişim numarası: 0506 767 67 95

### **ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları öğrencinize, size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

#### **ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDİR ?**

#### **ÇALIŞMAYA KATILMA NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDİR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle öğrencinize ve size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

#### **ÖĞRENCİNİN ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMESİ VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAK İSTEMESİ DURUMUNDA NE YAPMASI GEREKİR?**

Öğrencinin bu çalışmaya katılması gönüllü olmasına bağlıdır. Bu çalışmada hiçbir şekilde öğrencinin adı anılmayacak, belirtilmeyecektir. Anketleri sadece araştırmacı toplayacak ve güvenli bir biçimde saklayacak, öğrencinin ve sizin izniniz olmadıkça kimse ile paylaşmayacaktır. Öğrencinin araştırmadan ayrılması durumunda araştırmacıya bilgi vermesi ve anketinin değerlendirme kapsamına alınmamasını bildirmesi yeterlidir.

#### **ARAŞTIRMAYA KATILMASINA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?**

Öğrenciye ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileri verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilere ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

#### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, öğrencime ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

VELİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		



## Ek 6. Anket Formu

### ANKET FORMU

**Yönerge:** Bu araştırma "Obezite Açısından Riskli Ergenlere Verilen Olumlu Sağlık Davranışları Geliştirme Eğitiminin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Fiziksel Aktivite Üzerine Etkisini" belirlemek amacıyla planlanmıştır. Soruların tamamının yanıtlanması önemlidir. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Arş. Gör. Duygu YEŞİLFİDAN'a uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yolu ile veya telefonla sorabilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Arş. Gör. Duygu YEŞİLFİDAN

#### A. ÖĞRENCİ İLE İLGİLİ SORULAR

1. **Okulunuz:**.....
2. **Sınıfınız:** ..... 3. **Yaşınız:**..... 4. **Cinsiyetiniz:** 1) Kız  
2) Erkek
5. **Doğum Yeriniz:** .....
6. **Boyunuz:** .....(Biz ölçüm yapacağız)
7. **Kilonuz:** .....(Biz ölçüm yapacağız)
8. **Size göre kilonuz nasıldır?** 1) Normalden Az 2) Normal 3) Normalden Fazla
9. **En uzun yaşadığınız yer neresidir?** 1) Köy 2) Kasaba 3) İlçe 4) Şehir 5) Büyük şehir
10. **Siz dahil evde kaç kardeşiniz:**..... 11. **Kaçıncı çocuksunuz:**.....
12. **Kendinize ait odanız var mı?** 1) Yok 2) Var
13. **Sürekli tedavi gördüğünüz kronik bir rahatsızlığınız var mı?** 1) Yok 2)Var  
(Belirtiniz).....
14. **Bedensel bir engeliniz var mı?** 1) Yok 2)Var (Belirtiniz).....
15. **Sürekli kullandığınız ilaç var mı?** 1) Yok 2)Var  
(Belirtiniz).....
16. **Aşağıdakilerden hangisi sizin geçen yılki başarı durumunuzu en iyi tanımlar?**  
1) Zayıf 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi

#### B. AİLE İLE İLGİLİ SORULAR

17. **Size göre ailenizin ekonomik durumu nasıldır?**  
1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla
18. **Sosyal güvenceniz var mı?** 1) Yok 2) Var (Belirtiniz):.....
19. **Yaşadığınız evin özelliği nasıldır?** 1) Apartman 2) Müstakil 3) Gecekondu 4) Diğer...
20. **Aile tipiniz hangisidir?**  
1) Çekirdek aile 3) Birleşik aile 5) Kurum aile  
2) Geniş aile 4) Tek ebeveynli 6) Diğer (Belirtiniz).....

**21. Anne-babanızın hayatta olma durumunu belirtiniz.**

- 1) Her ikisi de öldü                      3) Anne öldü                      5) Her ikisi de sağ ve ayrı  
2) Baba öldü                              4) Her ikisi de sağ ve beraber

**22. Evde üvey aile üyesi var mı? 1) Yok                      2) Var (Belirtiniz).....**

**23. Ailenizde aynı çatı altında siz de dahil kaç kişi yaşıyor?.....**

**24. Annenizin eğitim durumu nedir?**

- 1) Okur-yazar değil                      3) İlkokul mezunu                      5) Lise mezunu  
2) Okur-yazar                              4) Ortaokul mezunu                      6) Üniversite                              7) YL ve /veya üstü

**25. Babanızın eğitim durumu nedir?**

- 1) Okur-yazar değil                      3) İlkokul mezunu                      5) Lise mezunu  
2) Okur-yazar                              4) Ortaokul mezunu                      6) Üniversite                              7) YL ve /veya üstü

**26. Annenizin çalışma durumunu belirtiniz. 1) Çalışmıyor                      2)Çalışıyor (İşini belirtiniz):.....**

**27. Babanızın çalışma durumunu belirtiniz. 1) Çalışmıyor                      2)Çalışıyor (İşini belirtiniz):.....**

**28. Annenizin Kilosu: ..... 29. Babanızın Kilosu: .....**

**30. Ailenizde Obez (Aşırı kilolu) olan var mı?**

- 1) Yok                                      3) Baba                                      5) Anne ve baba                              7) (Diğer):.....  
2) Anne                                      4) Kardeş                                      6) Anne, baba ve kardeş

**31. Ailenizde Diabetes Mellitus (Şeker Hastalığı) olan var mı?**

- 1) Yok                                      2) Annede var                                      3) Babada var                                      4) (Diğer):.....

**32. Annenizin kilosu size göre nasıldır? 1) Normalden Az                      2) Normal                      3) Normalden Fazla**

**33. Babanızın kilosu size göre nasıldır? 1) Normalden Az                      2) Normal                      3) Normalden Fazla**

**C. AKTİVİTE VE YAŞAM BİÇİMİ İLE İLGİLİ SORULAR**

**34. Okula nasıl gelirsiniz?**

- 1) Yürüyerek                      2) Servisle                      3) Ailemin aracıyla                      4) Diğer (Belirtiniz).....

**35. Son bir haftayı düşündüğünüzde bilgisayar başında günlük ne kadar vakit geçirdiniz?**

- 1) Hiç                                      2).....dk/gün

**36. Son bir haftayı düşündüğünüzde sokak oyununa günlük ne kadar vakit ayırdınız?**

- 1) Hiç                                      2).....dk/gün

**37. Düzenli olarak spor yapar mısınız? 1) Hayır                      2) Evet (Spor dalını belirtiniz):.....**

**38. (37. Soru EVET ise) Son 1 aydır günde/haftada spora ayırdığınız süreyi dakika/gün olarak belirtiniz. ....gün/hafta**

39. 0'dan 10'a kadar derecelendirecek olursak beden yapınızdan ne kadar memnunsunuz?.....

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(Hiç memnun değil)

(Tamamen memnun)

40. Günde kaç öğün beslenirsiniz? 1) Bir 2) İki 3) Üç 4) Dört 5) Diğer.....

41. Günlük beslenmenizde öğün atladığınız olur mu?

1) Hayır

3) Evet öğle yemeği

5) Evet Değişiyor

2) Evet kahvaltı

4) Evet akşam yemeği

6) Diğer (**Belirtiniz**).....

42. Son bir haftayı düşündüğünüzde aşağıda besin türlerini tüketme miktarına göre sırasıyla numaralandırınız. ( En çok tükettiğiniz 1. sırada en az tükettiğiniz 5. sırada olmalıdır)

- Süt ve süt ürünleri ( )
- Sebze ve meyveler ( )
- Kuru baklagiller ( )
- Tahıl ürünleri ( )
- Et ve et ürünleri ( )

## Ek 7. Türkçe Çocuk Fiziksel Aktivite Anketi

### TÜRKÇE ÇOCUK FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (ÇFAA)

Son 7 gün içindeki (son 1 haftadaki) fiziksel aktivite düzeyinizi öğrenmeye çalışıyoruz. Bu etkinlikler terlemenize ya da bacaklarınızı yorgun hissetmenize neden olacak düzeyde spor yapmak ya da dans etmek ya da sizi nefes nefese bırakan koşma, tırmanma ve kayma gibi oyunlardır.

#### Unutmayın:

1. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap yoktur- Bu bir test değildir.
2. Lütfen bütün soruları, doğru ve dürüstçe yanıtlayınız- bu çok önemlidir.

1) Boş vakitlerinizdeki fiziksel aktivite: Geçtiğimiz 7 gün içinde (son haftada) aşağıdaki aktivitelerden herhangi birini yaptınız mı? Cevabınız evet ise kaç kez? (Her soru için tek bir seçeneği işaretleyiniz)

	Hiç yapmadım	1-2 kez	3-4 kez	5-6 kez	7 kez veya daha fazla
1.1. Egzersiz amaçlı yürüyüş					
1.2. Kovalamaca					
1.3. Bisiklete binme					
1.4. Koşma					
1.5. Futbol					
1.6. Voleybol					
1.7. Basketbol					
1.8. Yüzme					
1.9. Dans					
1.10. Buz pateni					
1.11. Kay kay					
1.12. Zıplama					
1.13. Kürek çekme					
1.14. Paten kaymak					

**2) Son 7 günde beden eğitimi (BE) derslerinde ne sıklıkla hareketliydimiz (çok oynamak, koşmak, zıplamak, atlamak gibi.)? (Sadece birini işaretleyin).**

1. Hiç hareketli değildim. Beden eğitimi derslerine katılmıyorum.
2. Hemen hemen hiç hareketli değildim.
3. Bazen hareketliydim.
4. Oldukça sık hareketliydim.
5. Her zaman hareketliydim.

**3) Son 7 günde, teneffüslerde en çok ne yaptınız? (Sadece birini işaretleyin).**

1. Oturdum (konuştum, okudum, ödev yaptım).
2. Etrafta gezindim veya dolaştım.
3. Çok az koştum veya oynadım.
4. Biraz koştum veya oynadım.
5. Zamanın çoğunu koşarak, oynayarak geçirdim.

**4) Son 7 günde, öğlen arasında ne yaptınız? (Öğle yemeği yemek dışında)?(Sadece birini işaretleyin).**

1. Oturdum (konuştum, okudum, ödev yaptım).
2. Etrafta gezindim veya dolaştım.
3. Çok az koştum veya oynadım.
4. Biraz koştum veya oynadım.
5. Zamanın çoğunu koşarak oynayarak geçirdim.

**5) Son 7 gün içinde, okuldan hemen sonra, kaç gün çok aktif olarak spor yaptınız, dans ettiniz ya da oyun oynadınız? (Sadece birini işaretleyin).**

1. Hiç
2. Geçen hafta 1 kez
3. Geçen hafta 2 ya da 3 kez
4. Geçen hafta 4 kez
5. Geçen hafta 5 kez

**6) Son 7 günde, kaç akşam çok aktif olarak spor yaptınız, dans ettiniz ya da oyun oynadınız?**

**(Sadece birini işaretleyin).**

1. Hiç
2. Geçen hafta 1 kez
3. Geçen hafta 2 ya da 3 kez
4. Geçen hafta 4 ya da 5 kez
5. Geçen hafta 6 ya da 7 kez

**7) Geçtiğimiz hafta sonu, kaç kez çok aktif olarak spor yaptınız, dans ettiniz ya da oyun oynadınız?**

**(Sadece birini işaretleyin).**

1. Hiç
2. 1 kez
3. 2 -3 kez
4. 4 -5 kez
5. 6 ya da daha fazla kez

**8) Aşağıdakilerden hangisi son 7 gün içinde boş zamanlarda yaptığımız fiziksel aktivite sıklığınızı en iyi şekilde tanımlamaktadır? Sizi tanımlayan cevaba karar vermeden önce lütfen beş (5) durumu da okuyunuz.**

1. Boş zamanımın hepsini ya da çoğunu çok az fiziksel güç isteyen aktiviteler yaparak geçirdim.
2. Boş zamanlarımda bazen (geçen hafta 1-2 kez) fiziksel aktiviteler (örneğin; koşu, yüzme, bisiklete binme, top oynama gibi) yaptım.
3. Boş zamanlarımda sıklıkla (geçen hafta 3-4 kez) fiziksel aktiviteler yaptım.
4. Boş zamanlarımda sık sık (geçen hafta 5-6 kez) fiziksel aktiviteler yaptım.
5. Boş zamanlarımda çok sık olarak (geçen hafta 7 ya da daha fazla kez) fiziksel aktiviteler yaptım.

9) Geçen haftanın her günü için ne sıklıkla fiziksel aktivitede (spor yapmak, dans etmek ya da diğer fiziksel aktiviteler) bulunduğunuzu işaretleyiniz

	Hiç	Biraz	Orta	Sık	Çok sık
1. Pazartesi					
2. Salı					
3. Çarşamba					
4. Perşembe					
5. Cuma					
6. Cumartesi					
7. Pazar					

10) Geçtiğimiz hafta hasta oldunuz mu veya normal fiziksel aktivitenize engel olacak herhangi bir şey oldu mu? (Birini işaretleyiniz.)

1. Evet
2. Hayır

Cevabınız evet ise, engel neydi? \_\_\_\_\_

## Ek 8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

### SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekme, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				



26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için alışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açıgım				

## Ek 9. Eğitim Broşürü (1)



### SAĞLIK SORUMLULUĞU

Kendi sağlık durumumuzun farkında olmalıyız

Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumuzdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatmalıyız

Yeterince uyumalıyız

Televizyonda sağlığı geliştirici programları izlemeli ve bu konularla ilgili kitapları okumalıyız

Vücudumuzu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol etmeliyiz

Kendimize nasıl daha iyi bakabileceğimiz konusunda sağlık personeline danışmalıyız



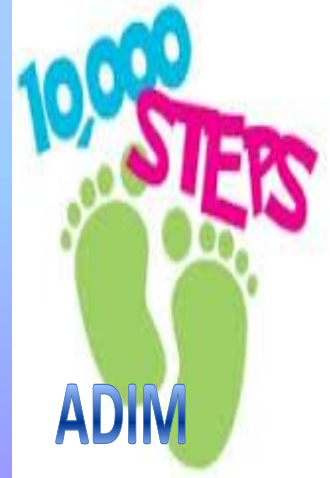
### FİZİKSEL AKTİVİTE

#### 5 + 2 + 1 Kuralı

Günde; **5 çeşit meyve/sebze** tüketmeliyiz

2 saatten fazla hareketsiz kalmamalıyız

1 saat düzenli fiziksel aktivite yapmalıyız



TV, bilgisayar ve tablet başında **2 saatten fazla vakit geçirmemeliyiz**

Her gün egzersize zaman ayırmalıyız / Düzenli bir egzersize sahip olmalıyız.

Asansör yerine merdiven kullanmalıyız

Güvenli ve mümkün olan her şartta yürüyüş yapmalıyız

Günlük ev işlerine yardımcı olmalıyız

Boş zamanlarımızı sevdiğimiz fiziksel aktiviteler ile değerlendirmeliyiz

Beden eğitimi derslerinde ve teneffüslerde hareketli olmalıyız



Hazırlayan: Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA / Arş. Gör. Duygu YEŞİLFİDAN

## Ek 10. Eğitim Broşürü (2)



### SAĞLIKLI BESLENME

Her gün her öğünde dört besin grubunu içeren besinler tüketmeliyiz  
Öğün atlamamalıyız

#### Kahvaltı mutlaka yapmalıyız

Kahvaltı yapmayan beden kendi depolarından kullanır ve hastalıklara kolay yakalanır  
Üç ana öğünün yanında ara öğünlerde tüketmeliyiz  
Taze sebze-meyve tüketimi arttırmalıyız **(En az 5 porsiyon)**  
Vücut ağırlığımızı önerilen düzeyde tutmalıyız  
Süt ve ürünlerini yeterli miktarda tüketmeliyiz  
Tükettiğimiz yağ ve şeker miktarını azaltmalıyız  
Kızartılmış besinler tüketmemeliyiz



Haşlama, ızgara, buğulama, fırında pişirme yöntemleri ile pişen yemekleri tercih etmeliyiz  
Güvenli, temiz hazırlanmış ve pişirilmiş besin tüketimine özen gösterilmeliyiz, sokakta satılan besinleri satın almamalıyız  
Her gün 1,5-2 litre (8-10 su bardağı) su tüketmeliyiz

#### Sağlıklı Besin Satın Alma İlkeleri

- Sağlam, zedelenmemiş, bozuk olmayan besinleri seçilmeli ve satın alınmalıdır
- Açıkta satılan besinler satın alınmamalıdır
- Çiğ süttten yapılmış, olgunlaştırılmamış peynir satın alınmamalıdır
- Ürünlerin **Etiket** bilgilerini okumalıyız ve mutlaka (üretim tarihi, son kullanma tarihi, içindekiler, saklama koşulları, beslenme bilgileri) kontrol etmeliyiz
- Kabuğu kırık, çatlak, kirli yumurta satın alınmamalıdır



### STRES YÖNETİMİ ve KİŞİLERARASI İLETİŞİM

Bize yakın olan kişilerle endişelerimizi ve sorunlarımızı paylaşmalıyız  
Yakın arkadaşlarımıza zaman ayırmalıyız / Olumlu düşünmeliyiz  
İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler kurmalıyız  
Stresimizi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanmalıyız  
Gereksinim duyduğumuzda başkalarından destek almalıyız

Hazırlayan: Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA / Arş. Gör. Duygu YEŞİLFİDAN



## ÖZGEÇMİŞ

**Soyadı, Adı** : YEŞİLFİDAN, Duygu  
**Uyruk** : T.C.  
**Doğum yeri ve tarihi** : Türkoğlu/ 26.08.1989  
**Telefon** : 0506 767 67 95  
**E-mail** : duygu.yesilfidan@hotmail.com  
**Yabancı Dil** : İngilizce

### EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Y. Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	.....
Lisans	İstanbul Üniversitesi	2011

### İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2013-.....	Adnan Menderes Üniversitesi	Araş. Gör.
2011-2013	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi	Hemşire

### AKADEMİK YAYINLAR

#### 1. BİLDİRİLER

##### A) Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiriler

1. Özvurmaz S., Mandıracıoğlu A., Adana F., **Yeşilfidan D.** (2014) Are There Gender Difference in Students' Perceptions of Status of Women in Science? (Women in Science and Technology (Uluslar arası Katılımlı), 29-30 Mayıs 2014/İzmir) Sözel Bildiri

2. Şahbaz M., Yüksel R., Arslantaş H., Adana F., Şenocak S.Ü., **Yeşilfidan D.** (2015) The Viewpoints of a Group of Nursing Students on Nursing Informatics (First Annual International Conference on Nursing, (Uluslar arası Katılımlı), 4-7 May 2015, Athens, Greece) Sözel Bildiri

## **B) Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler**

1. Yıldırım B., İşgören G., Adana F., **Yeşilfidan D.**, Özvurmaz S. (2014) Aydın İlinde Milli Eğitim Müdürlüğüne Bağlı Bir İlkokulda Obezite Sıklığının İncelenmesi (17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 20-24 Ekim 2014/Edirne) Poster
2. Adana F., **Yeşilfidan D.**, Yıldırım B., İşgören G., Özvurmaz S. (2014) 13-15 Yaş Grubu Çocuklarda Skolyoz Sıklığı: Pilot Çalışma (17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 20-24 Ekim 2014/Edirne) Poster
3. Uslay T., **Yeşilfidan D.**, Adana F., Okyay P. (2014) Premenstrual Semptomlarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı- Kesitsel Bir Çalışma, Aydın (17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 20-24 Ekim 2014/Edirne) Poster
4. Yıldırım B., İşgören G., Adana F., **Yeşilfidan D.**, Mutlu K. (2015) Ergenlerde Akran ve Sanal Zorbalığın Yaygınlığı ve Risk Faktörleri (1. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 17-20 Haziran 2015/İzmir) Poster
5. Adana F., **Yeşilfidan D.**, Yıldırım B., Özvurmaz S. (2015) Hafif Zihinsel Engeli Olan Öğrencilerde Okul Sağlığı Taraması (1. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 17-20 Haziran 2015/İzmir) Poster
6. Adana F., Yıldırım B., Kara A.N., Altıntop Ö., **Yeşilfidan D.** (2015) Hemşirelik Öğrencilerinin Deri Kanseri ve Güneşten Korunma Hakkındaki Bilgi Düzeyleri (1. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 17-20 Haziran 2015/İzmir) Poster