



**KOÇ**  
**ÜNİVERSİTESİ**  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK  
HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN ÇOCUKLUK OBEZİTESİ  
HAKKINDAKİ BİLGİ VE UYGULAMALARI**

**Sevil ÖZEL**

**Hemşirelik Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İSTANBUL 2017**



**KOÇ**  
**ÜNİVERSİTESİ**  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK  
HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN ÇOCUKLUK OBEZİTESİ  
HAKKINDAKİ BİLGİ VE UYGULAMALARI**

**Sevil ÖZEL**

**Hemşirelik Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Lale BÜYÜKGÖNENÇ**

**İSTANBUL 2017**

Koç Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Tez Sınavı Tutanağı

3 Temmuz 2017


Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik yüksek lisans öğrencilerinden 0050828 numaralı **Sevil Özel'in** sözlü tez jüri sınavı 3 Temmuz 2017 tarihinde yapılmış ve adı geçen öğrencinin **“Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Çocukluk Obezitesi ile ilgili Bilgi ve Uygulamaları”** başlıklı yüksek lisans tezi başarılı/~~başarısız~~ bulunmuştur.

Tez jüri üyeleri:

  
Prof. Dr. Lale Büyükgönenc  
(Danışman)

  
Prof. Dr. Zühal Bahar

  
Yrd. Doç. Dr. Serap Balcı

  
Prof. Dr. Yasemin Önder

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Sevil ÖZEL

## TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanması ve gerçekleştirilmesinde emeğini ve her aşamasında destek ve katkılarını esirgemeyen başta danışman Saygıdeğer Hocam Prof. Dr. Lale Ayşegül BÜYÜKGÖNENÇ'e

Çalışmamın istatistiksel değerlendirmesinde bilgi ve vaktini benden esirgemeyen saygıdeğer hocam Sayın Prof. Dr. Zuhal BAHAR'a

Hayatım boyunca bana güç veren, bugünlere gelmemdeki katkıları, desteği, emeği ve sağladıkları eğitim için sevgili babam Reha Özcan ÖZEL'e ,sevgili annem Seher ÖZEL'e , desteği ve sevgisi için sevgili Caner VAROL'a, tüm aileme ve arkadaşlarıma, sevgili Gülay Göçmen AVCI' ya Çalışmayı yürüttüğüm Esenler, Şişli ve Beşiktaş Bölgesi Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına teşekkür ederim.

## ÖZET

### **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Çocukluk Obezitesi Hakkındaki Bilgi ve Uygulamaları**

Bu araştırma, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin çocukluk obezitesi hakkındaki bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, İstanbul il merkezinde bulunan Esenler, Şişli ve Beşiktaş ilçelerindeki 46 Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapan 100 hemşire oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş olup çalışmanın uygulandığı dönemde Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan ve çalışmada yer almayı kabul eden tüm hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma için Koç Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve ilgili kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Çalışmanın verileri araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatüre dayalı olarak oluşturulan ve ekte örneği verilen soru formu ile toplanmıştır. Soru formunda hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile çocukluk obezitesi hakkındaki bilgileri ve uygulamalarını belirlemeyi amaçlayan 20 soru bulunmaktadır. Soru formunun uygulanmasından önce 10 hemşire ile ön uygulama yapılmış ve soruların anlaşılabilirliği değerlendirilerek soru formunda gerekli düzeltmeler gerçekleştirilmiştir. Veriler bilgisayar ortamında analiz edilmiştir. Anketler uygulandıktan sonra veriler IBM SPSS 20.0 programına girilerek analize hazır hale getirilmiştir. Öncelikle açık uçlu soruların kategorize edilmesi sağlanmış ve hata analizi yapılarak yanlış girişler düzeltilmiştir. Demografik özellikler ve çocukluk obezitesi ile ilgili sorulara verilen yanıtların frekans tabloları ve yüzdeler oranları hazırlanmıştır. Daha sonra ise ki-kare analizi ile demografik bazı özellikler ile çocukluk obezitesi ile ilgili sorular çapraz analiz ile karşılaştırılmıştır. Hemşirelerin % 99'u kadın olup % 30 'u 26-30 yaş aralığındadır. % 51'i lisans mezunu olup hemşirelerin meslekte geçirdikleri süre % 38'i için 6-10 yıl, birinci basamakta geçirdikleri süre ise % 63'ü için 0-5 yıldır. Hemşirelerin, çocukluk obezitesinin nedenleri ile ilgili görüşlerine bakıldığında % 96'sının sağlıksız yeme alışkanlıklarının, % 14'ünün akran baskısının obeziteye neden olduğunu ifade ettikleri görülmüştür. Çocukluk obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katılma durumu ile çocuklara ve ailelere obezite ile ilgili danışmanlık yapılmasında kendini yeterli hissetme durumu arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmuştur ( $X^2=14,967$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Çocuklara ve ailelere obezite ile ilgili danışmanlık yapılmasında kendini yeterli hisseden hemşirelerin 37'si (%52,1) evet, 34'ünün (%47,9) hayır; çocuklara ve ailelere obezite ile ilgili danışmanlık yapılmasında kendini yeterli hissetmeyen hemşirelerin 3'ünün (%10,3) evet, 26'sının (%89,7) hayır yanıtını verdiği görülmektedir. Hemşirelerin çocukluk obezitesinin belirlenmesinde kullanılan yöntemlerle ilgili bilgi durumları ise %35'i obezitenin belirlenmesinde kullanılan yöntemlerini bildiklerini, %65'i ise bilmediklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin çocukluk obezitesinin önlenmesinde okulun rolü ile ilgili görüşleri ise %24'ü kantinlerde sağlıksız yiyeceklerin önlenmesi ve %6'sı ise konu ile ilgili kamu spotu hazırlanması görüşünde olduklarını ifade etmişlerdir. Obezitenin olumsuz sonuçlarını önlemeye yönelik girişimler okul öncesi dönemden başlamalıdır. Çocuğun beslenme ve aktivite davranışında en önemli etkiye sahip olan annelerin ve birinci basamakta çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirici girişimlerde bulunulmasının sorunun çözümüne önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler: Çocuk, obezite, obezitenin önlenmesi, hemşire, birinci basamak sağlık kuruluşu**

## SUMMARY

### **Knowledge and Practices of Nurses Working in Primary Health Care Services About Childhood Obesity**

This descriptive research was conducted with the aim of determining the knowledge and practices of nurses working in primary health care services about childhood obesity. The survey universe was formed by 100 nurses working at 46 Family Health Centers in Esenler, Şişli and Beşiktaş districts of Istanbul province. Sampling selection was not performed and all nurses working in Family Health Centers and accepting to take part in the study were included. Written permission was obtained from the Ethics Committee of Koç University and related institutions for the research. The data of the study was collected by the researcher based on the literature related to the subject and a sample of the questionnaire is provided in this article. In the questionnaire there are 20 questions aimed at determining the knowledge and practice of nurses about childhood obesity along with their socio-demographic characteristics. Prior to the application of the questionnaire, a pre-application survey was performed in 10 nurses and the clarity of the questions was evaluated and necessary corrections were made in the questionnaire. Data were analyzed in the computer. After the surveys were applied, the data were entered into the IBM SPSS 20.0 program and prepared for analysis. Firstly, open-ended questions were categorized and error analysis was performed to correct incorrect entries. Demographic characteristics and frequency tables of responses to questions related to childhood obesity and percentage rates were prepared. Then, several demographic characteristics were compared by chi-square analysis and questions related to childhood obesity were compared by cross-analysis. Ninety-nine percent of the nurses are women and 30% are between ages of 26 to 30 years. Fifty-one percent of them have a bachelor degree and 38% of the nurses are in the profession for 6-10 years and 63% of them are in the primary health care service for 0-5 years. In the opinions of the nurses about the causes of childhood obesity, 96% stated eating habits and 14% indicated the peer pressure as the cause of obesity. A significant difference was found between the nurses who felt competent and did not feel competent about counseling children and their families in terms of participation in an education program about childhood obesity ( $\chi^2=14,967$ ;  $p =0,000 <0.05$ ). It was found that 37 (52,1%) of the nurses who felt competent in counseling children and their families about obesity answered yes, while 34 (47,9%) answered no; 3 (10.3%) and 26 (89.7%) of the nurses who did not feel competent in counseling about obesity to children and their families answered yes and no, respectively. With regard to the knowledge about the methods used to determine the childhood obesity of the nurses, 35% of them expressed that they know the methods used to determine obesity, and 65% stated that they do not know these methods. Nurses' views on the role of the school in the prevention of childhood obesity indicated that 24% indicated that unhealthy food sold in school canteens should be avoided and 6% had the opinion that preparing the public spot on the subject would be beneficial. Initiatives aimed at preventing the negative consequences of obesity should begin in the preschool period. It is thought that establishing healthy lifestyle behaviors by mothers and primary care nurses who have the most important influence on the child's nutrition and activity behavior will provide important contributions to the solution.

**Keywords: Child, obesity, prevention of obesity, nurse, primary health care provider**

## İÇİNDEKİLER

<b>ONAY</b> .....	<b>i</b>
<b>BEYAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vi</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırma Soruları.....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. Obezitenin Tanımı.....	5
2.2. Dünyada ve Türkiye’de Çocukluk Çağı Obezitesi Prevalansı.....	6
2.3. Obezitenin Sınıflandırılması.....	9
2.3.1. Yağ Hücre Sayısına Göre Obezite.....	9
2.3.2. Yağ Dokusunun Dağılımına Göre Obezite .....	9
2.3.3. Başlama Yaşına Göre Obezite.....	9
2.3.4. Etiyolojiye Göre Obezite.....	9
2.4. Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler .....	10
2.4.1. Genetik Faktörler.....	11
2.4.2. Yaş.....	11



2.4.3. Cinsiyet .....	12
2.4.4. Beslenme Alışkanlıkları.....	12
2.4.5. Fiziksel Aktivite.....	13
2.4.6. Sosyo-Ekonomik Düzey.....	13
2.4.7. Psikolojik Etkiler .....	14
2.5. Çocukluk Çağı Obezitesini Belirlemede Kullanılan Yöntemler .....	14
2.5.1. Vücuttaki Yağın Doğrudan Ölçümü .....	14
2.5.2. Antropometrik Ölçümler (İndirekt Olarak Vücut Yağını Ölçen Yöntemler) .....	16
2.5.2.1. Boya Göre Ağırlık Ölçümü .....	16
2.5.2.2. Bel Çevresi Ölçümü .....	16
2.5.2.3. Cilt Kıvrım Kalınlığı Ölçümü .....	16
2.5.2.4. Beden Kitle İndeksi (BKİ).....	17
2.6. Obezitenin Komplikasyonları.....	17
2.6.1. Fiziksel Sorunlar .....	18
2.6.2. Psikososyal ve Akademik Sorunlar .....	19
2.7. Çocukluk Çağı Obezitesinde Tedavi Yöntemleri .....	20
2.7.1. Tıbbi Beslenme (Diyet) Tedavisi .....	20
2.7.2. Egzersiz Tedavisi .....	20
2.7.3. Davranış Değişikliği Tedavisi .....	20
2.7.4. İlaç Tedavisi.....	21
2.8. Çocukluk Çağı Obezitesinden Korunma .....	21
2.9. Çocukluk Dönemi Obezitesinin Yönetiminde Hemşirenin Rolü .....	22
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>26</b>
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	26

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	26
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	26
3.5. Verilerin Toplanması .....	27
3.5.1. Veri Toplama Araçları .....	27
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....	27
3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	27
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
3.8. Etik Kurul Onayı .....	28
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>29</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>51</b>
<b>6. SONUÇLAR .....</b>	<b>61</b>
<b>7. ÖNERİLER .....</b>	<b>64</b>
<b>8. KAYNAKLAR .....</b>	<b>65</b>
EK-1 SORU FORMU .....	74
EK.2 HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ ONAY YAZISI .....	80
EK.3 SÖZEL ONAM .....	81
EK.4 KOÇ ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL KARARI .....	82
EK.5 ÖZGEÇMİŞ .....	83

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Çocuklar İçin Beden Kitle İndeksine Göre Obezite Sınıflaması ....	17
Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (N=100).....	29
Tablo 4.2. Hemşirelerin Çocukluk Obezitesi İle İlgili Eğitim Programına Katılma ve Eğitimden Yararlanma Durumları (N=100) .....	30
Tablo 4.3. Hemşirelerin Çocukluk Obezitesinin Nedenleri İle İlgili Görüşleri (N=100) .....	31
Tablo 4.4. Hemşirelerin Çocukluk Çağı Obezitesinin Erişkin Dönemde Yol Açacağı Risklerle İlgili Görüşleri (N=100).....	32
Tablo 4.5. Hemşirelerin Çocukluk Çağı Obezitesinin Belirlenmesinde Kullanılan Yöntemlerle İlgili Bilgi Durumları (N=100) .....	33
Tablo 4.6. Hemşirelerin Çocukluk Çağı Obezitesi Danışmanlığı İle İlgili Kendilerini Yeterli Hissetme Durumları ve Yetersiz Hissettikleri Alanlar (N=100) .....	34
Tablo 4.7. Hemşirelerin Çocukluk Çağı Obezitesini Önlemeye Yönelik Girişimleri (N=100)Girişimler .....	35
Tablo 4.8. Hemşirelerin Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesinde Okulun Rolü İle İlgili Görüşleri (N=100).....	36
Tablo 4.9. Hemşirelerin Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesinde Bölgedeki Okullarla ve Diğer Kuruluşlarla İşbirliği Yapma Durumları (N=100).....	37
Tablo 4.10. Hemşirelerin Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesinde Aileye Yönelik Girişimleri (N=100) .....	37
Tablo 4.11. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Obezitesi Danışmanlığında Kendilerini Yeterli Hissetme Durumları (N=100).....	39

Tablo 4.12. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesinde Okullar İle İşbirliği Yapma Durumları (N=100)..... 42

Tablo 4.13. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Obezitesini Önlemeye Yönelik Girişimde Bulunma Durumları (N=100)..... 45

Tablo 4.14. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Obezitesinin Belirlenmesinde Kullanılan Tanı Yöntemlerini Bilme Durumları (N=100)..... 48



## KISALTMALAR

DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
WHO:	World Health Organization
SPSS:	Statistical Package for Social Sciences
AÇS:	Anne Çocuk Sağlığı
VKİ:	Vücut Kitle İndeksi
ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
SGM:	Sağlığı Geliştirme Modeli
ÇİYKÖ:	Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlıklı olmayı etkileyen temel davranışların başında "yeterli ve dengeli beslenme" yer almaktadır. Sağlıklı beslenme; doğrudan birey, aile ve toplumun sağlık potansiyelinin geliştirilmesi ve iyilik düzeyinin yükseltilmesine önemli katkı sağlar (57). Değişen sosyal yapı ile ortaya çıkan beslenme alışkanlıkları, teknolojideki gelişmeler ve fiziksel aktivitenin azalması nedeniyle çocukluk ve adölesan dönemde de bir sağlık sorunu haline gelen obezite; sağlığı bozacak ölçüde yağ dokularında aşırı miktarda yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır (52,37). Diğer bir tanımla obezite, vücut yağ oranının artması ve davranış, endokrin ve metabolik değişikliklerle karakterize karmaşık, multifaktöriyel bir hastalıktır (46).

Obezite genel olarak erişkinlerin sağlık sorunları arasında yer almakla birlikte dünyada son on yılda çocuklar ve ergenler arasında da görülüş sıklığının arttığı izlenmektedir (71,84). Obezite çocuk ve ergenlerin %35-30'unu etkileyen önemli bir beslenme sorunudur (83). ABD'de 2-19 yaş grubu çocuklar ve ergenlerin %16,3'ünün obez olduğu bildirilmiştir (46). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre Avrupa Bölgesi'ndeki tüm yetişkinlerin yarısı ve çocukların ise beşte biri kiloludur. Bu çocukların da üçte biri obez olup rakamlar hızla artmaktadır.

Ülkemizde 2009 yılında yapılan "Türkiye Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ)" Projesinde 6-9 yaş grubunda şişmanlık sıklığı %6,5 ve hafif şişman olma oranı ise %14,3 olarak bulunmuştur. Araştırma sonuçları her beş çocuktan birinin kilolu olma ile ilişkili hastalıklar açısından risk altında olduğunu göstermiştir (84). Türkiye'nin 2013 yılında dahil olduğu ve DSÖ Avrupa Ofisi'nce yürütülen "Avrupa Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması" sonuçlarına göre de ülkemizde 7-8 yaş grubundaki çocukların yüzde 22,5'i şişman, yüzde 2,1'i zayıf olarak belirlenmiştir. Kızlarda şişmanlık prevalansı (kilolu dahil) %21,6, erkeklerde şişmanlık prevalansı ise (kilolu

dahil) %23,3 bulunmuştur. Türkiye’de çocuklar arasında yaşanan bölge, yerleşim biriminin yapısı ve cinsiyete göre zayıflık ve şişmanlık sorunu farklılıklar göstermektedir. Kırsal bölgede zayıflık prevalansı yüksek, kentsel bölgede ise şişmanlık prevalansı yüksektir (57).

Çocukluk çağı obezitesindeki bu hızlı artış birçok fizyolojik ve psikolojik soruna yol açarak ülke ekonomilerini de olumsuz yönde etkilemektedir (86). Obezite bulaşıcı olmayan hastalık oranlarının artmasına, yaşam süresinin kısalmasına neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Çocuklarda obezite, erken yaşlarda pek çok kronik hastalığın gelişmesi için de risk faktörüdür. (37,46,84). Obezitenin neden olduğu sağlık sorunlarının başında kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, serebrovasküler hastalıklar, bazı kanser türleri ve kas iskelet sistemi hastalıkları gelmektedir (57,52,84,83,86). Ayrıca obez çocuklarda ortaya çıkan benlik saygısında düşme, özgüven eksikliği, depresyon ve sosyal ilişkilerden uzaklaşma gibi psikososyal sorunlar, bu çocukların ileri yaşlarda uyum sorunları yaşamalarına neden olabilmektedir (84,86).

Obezitenin ileri yaşlarda çok ciddi sağlık sorunlarına yol açması nedeniyle çocukluk ve ergenlik döneminde obeziteden korunma giderek önem kazanmaktadır (83). İlk 6 ay yalnızca anne sütü alınmasının desteklenmesi, ebeveynlere ve çocuklara beslenme konusunda danışmanlık yapılması, beslenme alışkanlıklarının gözden geçirilerek hatalı uygulamaların düzeltilmesi ve fiziksel egzersizin desteklenmesi, çocukluk obezitesinden korunmaya yönelik girişimler arasında yer almaktadır (84,83).

Hemşireliğin bir disiplin olarak; beslenme, sağlığın yükseltilmesi ve aile ile etkili etkileşimde bulunma işlevlerinde önemli bir yeri vardır. Aynı zamanda hemşirelik, sağlık hizmetlerinin çeşitli alanlarında çocuk ve ailesiyle en fazla birlikte olan mesleklerden biridir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin, obeziteden korunma ve tedavisi ile ilgili

tüm girişimlerde önemli sorumlulukları bulunmaktadır (46). Büyümenin izlenmesi ve çocuk gelişiminde aile ve AÇS hemşirelerinin yüksek frekansı göz önüne alındığında mevcut obezite önleme uygulamaları ve bu tür uygulamaları cazip hale getirebilmek için hemşirelerin daha fazla fikir ve bilgiye sahip olmaları gerekmektedir (86).

Hemşireler obezitenin fiziksel ve psikososyal sonuçlarını azaltmak için obez, fazla kilolu çocuklara ve ailelerine kullanabileceği yardımcı stratejiler sağlamalıdır (63). Primer önleyici çabalar erken çocukluk döneminde başlamış ise optimum etkileri olması muhtemeldir (20). Bu noktadan yola çıkarak bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin çocukluk obezitesi hakkındaki bilgileri ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada elde edilecek sonuçların birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının geliştirilmesine ışık tutacağı düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin çocukluk obezitesi hakkındaki bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada elde edilecek sonuçların birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının geliştirilmesine ışık tutacağı düşünülmektedir. Araştırmanın bağımlı değişkeni, hemşirelerin çocukluk obezitesi hakkındaki bilgi ve uygulamalarıdır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslekte geçirilen süre, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışılan süre), ailede obez bir birey olup olmadığı, hemşirelerin çocukluk çağı obezitesi ile ilgili eğitim programlarına katılma ve yararlanma durumları, çocukluk çağı obezitesinin nedenleri, yol açacağı riskler, obezitenin belirlenmesinde kullanılan tanı yöntemleri ve çocukluk obezitesinin önlenmesinde okulun rolü ile ilgili görüşleri, obezite danışmanlığında



kendilerini yeterli hissetme durumları, obezitenin önlenmesinde işbirliği yaptıkları kuruluşlar ve girişimleridir.

### **1.3. Araştırma Soruları**

**1.** Birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan hemşirelerin yaşları bilgi düzeylerini etkilemekte midir?

**2.** Birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan hemşirelerin eğitim düzeyleri bilgi düzeylerini etkilemekte midir?

**3.** Birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan hemşirelerin obezite ile ilgili bir eğitim programına katılma durumları, çocukluk obezitesi ile ilgili bilgilerini ve uygulamalarını etkilemekte midir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Obezitenin Tanımı

Obezite Latince "obezus" sözcüğünden türetilmiştir. Şişman karşılığı olarak kullanılan "obezus", iyi beslenmiş anlamına gelmektedir. Obezite genel olarak enerji alımının, enerji tüketiminden fazla olduğu durumlarda, yağ dokusunun artmasıyla ortaya çıkan bir durum olarak tanımlanmaktadır (72). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise obeziteyi "Sağlığı olumsuz yönde etkileyecek ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi" şeklinde tanımlamıştır (80,15,80). 5-17 yaş grubunda görülen obeziteye "çocukluk çağı obezitesi" denilmektedir (15). Obezite çok nedenli bir bozukluk olup genetik, davranışsal, çevresel ve kültürel faktörlerden etkilenmektedir (15,73,71).

DSÖ'nün obezite sınıflandırması esas alınarak obeziteyi belirlemek için yaygın olarak Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ, bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (metre cinsinden) karesine ( $BKİ = \frac{kg}{m^2}$ ) bölünmesi ile elde edilen bir değerdir. Çocuk ve ergenlerde, yetişkinlerde olduğu gibi belli bir sınıflandırma bulunmamakta, obezitenin tanımlanmasında farklı yaklaşımlar benimsenmektedir (62). En sık kullanılan yöntemlerden birisi bireysel ve toplumsal düzeyde yüzdeler (persentil) veya z skor değerlerinin kullanılmasıdır. DSÖ tarafından 2006 yılında 0-5 yaş çocukları için büyüme standartları, 2007 yılında ise 5-19 yaş grubu çocuklar ve ergenler için büyüme referans değerleri yayımlanmıştır (19).

Obezite sosyal, psikolojik ve ciddi tıbbi sorunlar yaratabilen önemli bir sağlık problemidir. Obezitenin erken dönemde belirlenmesi ve sağaltımı, obez çocukların fiziksel, sosyal ve ruh sağlıklarının korunmasının yanı sıra obezitenin ilerleyen dönemlerde yol açabileceği komplikasyonlarının önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır (73).

## 2.2. Dünyada ve Türkiye’de Çocukluk Çağı Obezitesi Prevalansı

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, çocuklar için obezite gelişiminde dikkat edilmesi gereken kritik dönemler prenatal dönem, 0-1 yaş, okul öncesi dönem ve adölesan dönemi olarak tanımlanmıştır (73,58).

Obezite prevalansı ülkeden ülkeye değişmekle birlikte tüm dünyada son 20 yılda hızla artmaktadır. Uluslararası Obezite Komisyonunun 2003 yılı raporunda dünya çapında 5-17 yaş arası 10 çocuktan birinin obez olduğu bildirilmiştir (68,26 ).

Amerika Birleşik Devletleri’nde Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması sonuçlarına göre 1988-1994 ve 2003-2004 dönemi arasında 2-5 yaş grubu için aşırı kilolu olma sıklığı % 7.2’den % 13.9’a yükselmiştir. Aynı dönemde 6-11 yaş grubundaki sıklık %11’den %19’a çıkmıştır (53). DSÖ 2014 yılı verilerine göre ise dünyada 5 yaşın altındaki 41 milyon çocuk fazla kilolu ya da obezdir.

DSÖ verilerine göre Avrupa’da çocukların %20’si kilolu ve bu çocukların 1/3’ü obezdir (84). Okul çağı çocuklarında fazla kilolu olma prevalansı en yüksek olan ülkeler İspanya (6-9 yaş- %35.2) ve Portekiz (7-9 yaş, %31.5); en düşük ülkeler ise Slovakya (7-9 yaş- % 15.2), Fransa (7-9 yaş, %18.1), İsviçre (6-9 yaş, %18.3) ve İzlanda (9 yaş, %18.5)’dir (40). Avrupa’da 2003 yılında 9 ülkede yürütülen ve 11 yaşındaki çocukları kapsayan „The Pro Children“ çalışmasının sonuçları, erkeklerin (%17) kızlara göre (%14.3) daha kilolu olduklarını göstermiştir. En yüksek prevalansa sahip ülke ise Portekiz’dir (erkekler %27.1; kızlar %22.1) (40).

Avrupa Birliği’ne üye 26 ülkede 11, 13 ve 15 yaş gruplarında yapılan Okul Çağı Çocuklarında Sağlık Davranışı (The Health Behaviour in School Age Children) araştırmasının 2005-2006 döneminde beyana bağlı boy uzunluğu ve vücut ağırlığı verileri değerlendirildiğinde 11 yaşındaki kız çocuklarının %25’i, erkek çocukların %30’u; 13 yaş grubunda kızların ve erkeklerin %31’i; 15 yaş

grubunda ise kızların %32'si, erkeklerin %28'inin fazla kilolu olduğu bildirilmiştir (71).

Fazla kilo ve obezite gelir düzeyi yüksek ülkelerin sorunu olarak düşünülse de;günümüzde gelir düzeyi orta ya da yüksek olan ülkelerde, özellikle kentsel bölgelerde obezite görülüş sıklığı artmaktadır (15,53,40 ).

Afrika'da fazla kilolu ya da obez çocukların sayısı 1990 yılında 5.4 milyon iken 2014 yılında 10.6 olarak ikiye katlanmıştır. 2020 yılında %12.7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (40). 2014 yılında, fazla kilolu ya da obez 5 yaş altındaki çocukların yaklaşık yarısı Asya ülkelerinde yaşamaktadır. (72).

Ülkemizde çocukluk obezitesi görülme sıklığının son 20 yılda %6-7'den %15-16'ya çıktığı bildirilmektedir (53).2009 yılında yapılan "Türkiye Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ)" Projesinde 6-9 yaş grubunda şişmanlık sıklığı %6,5 ve hafif şişman olma oranı ise %14,3 olarak bulunmuştur. Araştırma sonuçları her beş çocuktan birinin kilolu olma ile ilişkili hastalıklar açısından risk altında olduğunu göstermiştir (57).

2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması (TBSA)'nda 6-18 yaş grubu 2248 çocuğun boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümleri alınarak değerlendirilmiş, ve bu yaş grubunun %8.2'sinin (erkekler için %9.1, kızlar için %7.3) obez/şişman olduğu belirlenmiştir (76).

Türkiye'nin 2013 yılında dahil olduğu ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Ofisi'nce yürütölen "Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 yaş) Şişmanlık Araştırması" sonuçlarına göre de ülkemizde, ilgili yaş grubundaki çocuklarda kilolu olma %14.2 ve şişman olma %8.3 olarak belirlenmiştir. Kızlarda şişmanlık prevalansı (kilolu dahil) %21.6, erkeklerde şişmanlık prevalansı ise (kilolu dahil) %23.3 bulunmuştur. Türkiye'de çocuklar arasında yaşanan bölgeye göre de zayıflık ve şişmanlık sorunu farklılıklar göstermektedir. Kentsel bölgede şişmanlık, kırsal bölgede ise zayıflık prevalansı yüksektir (57).

Türkiye’de çocukluk çağı obezitesi ile ilgili yapılan bölgesel yapılan çalışmalarda obezite prevalansı %9 ile %27 arasında bildirilmiştir (43). Bu çalışmalardan bazılarının sonuçları aşağıda yer almaktadır.

İstanbul, Ankara ve İzmir illerinde 2005 yılında 12-13 yaş grubu 1044 ergen üzerinde yapılan bir çalışmada çocukların %2’si obez olarak değerlendirilmiştir (68).

Yine aynı yıl Muğla’da 6-15 yaş arasında 4260 çocuk obezite açısından değerlendirilmiş, kızların %7.6’sının, erkelerin de %9.1’inin obez oldukları saptanmıştır (82).

Ankara’da bir ilköğretim okulunda 6-17 yaş grubundaki 1510 çocukla yapılan araştırmada obezite sıklığı 6-12 yaşları arasındaki çocuklarda %4.4, 13-17 yaşları arasındaki çocuklarda %5.4 olarak bulunmuştur. Obez çocukların aktivite düzeylerinin düşük olduğu ve hatalı beslenme alışkanlıklarına sahip oldukları belirlenmiştir (66).

Isparta’da 5026 çocuk ve ergende yapılan bir çalışmada %12.2’sinin fazla kilolu, %11.6’sının ise obez oldukları belirlenmiştir (56).

Farklı sosyoekonomik düzeylerde 7-14 yaş grubundaki 242 çocukta obezitenin incelendiği bir çalışmada çocukların %20.7’sinin obez olduğu, obezitenin yüksek ve orta sosyoekonomik düzeydeki çocuklarda daha sık görüldüğü sonucuna varılmıştır (71).

Çorum’da yapılan ve 3-6 yaş grubundaki 554 çocuğu kapsayan bir çalışmada çocukların %12.1’inin fazla kilolu ve %14.3’ünün obez oldukları, obezite görülüş sıklığının yaşla birlikte arttığı sonucuna ulaşılmıştır (56).

Ankara’da ilköğretim okullarına devam eden 6-11 yaşları arasındaki 3963 çocuğu kapsayan ve obezite görülme sıklığı ile risk faktörlerini belirlemeyi amaçlayan çalışmada çocukların %11.1’inin kilolu, %7.5’inin obez olduğu, televizyon ya da bilgisayar karşısında daha fazla vakit geçiren

çocuklarda obezite görülme sıklığının anlamlı düzeyde yükseldiği bulunmuştur (65).

### **2.3. Obezitenin Sınıflandırılması**

Obezite özelliklerine göre birkaç farklı şekilde sınıflandırılabilir (46,17,85). Bunlar:

#### **2.3.1. Yağ Hücre Sayısına Göre Obezite**

**a. Hipersellüler obezite:** Yağ hücre sayısının artışı ile seyreden obezitedir ve çocukluk çağındaki obezite tipidir. Nadiren erişkin dönemde de ortaya çıkabilir.

**b. Hipertrofik obezite:** Yağ hücrelerinin büyüklüğü ve lipit içeriğindeki artış ile karakterizedir. Erişkin dönemde ve gebelikte başlayan obezite bu tiptedir.

#### **2.3.2. Yağ Dokusunun Dağılımına Göre Obezite**

**a. Android tip obezite (abdominal/santral):** Yağ dokusu karın ve göğüste birikmiştir.

**b. Gynoid tip obezite (gluteal/ periferal):** Yağ dokusu kalça ve uylukta toplanmıştır.

#### **2.3.3. Başlama Yaşına Göre Obezite**

**a. Çocukluk yaş grubunda başlayan obezite**

**b. Erişkin dönemde başlayan obezite**

#### **2.3.4. Etiyolojiye Göre Obezite**

**1. Basit Obezite (Ekzojen obezite, Primer obezite):** Bu tip obezite dengesiz beslenmeye ve alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki dengesizliğe bağlı olarak gelişir. Obezlerin %95'i bu gruba girer ve altta yatan

tıbbi bir problem ve obeziteye bağlı bulgular yoktur. Bazı çocuklarda çabuk yorulma, nefes almada gclk ve ekstremite ağrıları mevcuttur. Ekzojen obezitenin nedenleri arasında genetik, yaşı, cinsiyet, evre, sosyoekonomik ve kültürel faktörler sayılabilir. Bu çocukların beslenme öykülerinde çok miktarda Őeker, Şekerli gıda, yağlı gıda ve hazır gıda tüketimlerinin olduğu görülür (73,56,85,58,43).

**2. Sekonder Obezite (Endojen obezite):** Hormonal ya da genetik bir bozukluğa bağlı olarak geliŐen obeziteye endojen obezite denir (56) Obezlerin%5'i bu gruba girer.

### **Endojen obezite nedenleri Şunlardır:**

**Endokrin Nedenler:** Cushing sendromu, hipotroidizm, büyüme hormonu eksikliği, insülinoma, polikistik over sendromu, Mauriac Sendromu, Psdohipoparatroidizm, hipogonadal sendromlar.

**İlaçlar:** Glukokortikoidler, amitriptilin (Trisiklik Antidepresanlar) siproheptadin, fenotiazin, östrojen, progesteron, lityum.

**Genetik Sendromlar:** Turner Sendromu, Prader-willi Sendromu, Bardet-biedl Sendromu, Cohen sendromu, Carpenter Sendromu, Alström Sendromu.

**Hipotalamik Bozukluklar:** Frohlich Sendromu, Travma, Tümör (Kraniyofarenjiyoma), Post-Enfeksiyöz Ensefalit gibi nedenlerle de obezite görülebilir(46, 58).

### **2.4. Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler**

Obezite tüm dünyada erişkinler, çocukluk ağı ve adölesan dönemde görülme sıklığı gittikçe artan ve çeşitli sağlık sorunlarına neden olan bir hastalıktır. Çocukluk döneminde obez olan bireyler, eriŐkinlik döneminde de

obez olmaya yatkınlık gösterirler. Obezitenin oluşumunda, birçok değişik etiyolojik faktörden söz edilebilir (63,43).

### **2.4.1. Genetik Faktörler**

Çocukluk çağı obezitesinin %10'undan genetik faktörlerin sorumlu olduğu düşünülmektedir (15). Monozigot ikizlerde vücut ağırlığı ve deri kıvrım kalınlığı ölçümlerinin benzer olması ve aynı diyet verildiğinde ağırlık artışlarının pek farklı olmaması; yirmi yıldan fazla birbirinden uzak yerlerde yaşayan monozigot ikizlerin ağırlıklarının benzer olması: anne veya babanın obez oluşu ile çocuktaki obezite riskinin %40'a, her ikisinin de obez olması ile %80'e çıkması; evlat edinilmiş çocukların ağırlıklarının, kendilerini evlat edinenlerden çok biyolojik anne-baba ve kardeşlerin ağırlıkları ile ilişkili olması obezite etyolojisinde kalıtım etkenine işaret etmektedir (67,15,72,41). Yapılan araştırmalarda vücut ağırlığını biyolojik olarak kontrol eden moleküler komponentleri belirleyen bazı genler bulunmuştur (ob geni, db geni, fat geni, tub geni, agouti geni). Bunlardan ob geni leptin sentezini düzenleyerek iştah azaltır. Db geni ise leptin bağlanmasını düzenlemektedir ( 58,84,84).

### **2.4.2. Yaş**

Çocuklarda obezite açısından üç riskli dönem gösterilmiştir. İlk önemli riskli dönem birinci yaşın ikinci altı aylık dönemi, ikinci risk dönemi 4-6 yaş arası, üçüncü risk dönemi ise pubertal dönemdir (78).

Yaşamın ilk yılında yağ hücrelerinin büyüklükleri yaklaşık iki kat artar ancak sonraki dönemlerde obezite gelişip gelişmeyeceğine karar vermede bu dönemdeki obezite iyi bir gösterge değildir. 4-11 yaşları arasındaki obezite daha sonraki dönemlerde de devam etmesi bakımından önemlidir (58). Adölesan dönem, çocukta kalıcı yağlanmanın olduğu son kritik dönemdir. Ergenlik döneminden itibaren yağ hücresinde çoğalma meydana gelmez, sadece yağ hücresinin büyüklüğü değişir (76). Adölesan dönemde büyüme ve gelişme çok hızlı olduğu için enerji ve besin öğelerine gereksinim fazladır;



ancak gereksinimin üzerinde besin tüketilmesi obezite ile sonuçlanmaktadır. Bebeklik döneminde oluşan obezitenin yaş ilerledikçe kendiliğinden düzelmesi olası iken, çocukluk ve adölesan döneminde oluşan obezitenin erişkin dönemde de devam etme olasılığı yüksektir (85,58).

### **2.4.3. Cinsiyet**

Kız ergenlerde obezitenin başlama ve devam etme riski erkeklerden fazladır. Obezite, kızlarda adölesan dönemin erken başlaması ve erken menarşla beraber görülmektedir (15). Ayrıca hamilelik ve laktasyon dönemlerinde alınan kiloların verilememesi, gebelik ve menopoz dönemlerinde hormon dengesinde meydana gelen değişiklikler kadınlarda obezite görülme sıklığını arttırmaktadır (53). Buna karşın obezite yönünden kız ve erkek cinsiyet arasında farkların araştırıldığı birçok çalışmayı değerlendiren ve 2008 yılında yapılan bir çalışmada cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (71).

### **2.4.4. Beslenme Alışkanlıkları**

Genetik yatkınlıkla birlikte beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler, son yıllarda üzerinde en çok durulan faktörlerdir (58). Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından yayımlanan çeşitli dokümanlarda 6 ay tek başına anne sütü verilmesinin, 6. aydan sonra emzirmenin sürdürülmesi ile birlikte güvenilir, uygun kalite ve miktarda tamamlayıcı besinlere başlanılmasının ve en az 2 yıl emzirmenin devam ettirilmesinin kısa ve uzun dönemde obezite ve kronik hastalık riskini azaltabileceği belirtilmiştir(53).(Modern yaşamın getirdiği beslenme alışkanlığında; kalori değeri, karbonhidrat ve yağ oranı yüksek besinlerin yanında, düşük posa ve lif içeriği olan diyetle beslenme obezite oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Yüksek karbonhidrat içerikli gıdalar plazma insülinini artırarak, vücut yağ kitlesinde artışa yol açmaktadır. Obezitede öğün sayısı da önemlidir. Öğün sayısının azalması ile serum lipid ve insülin düzeyi

artmaktadır (77). Ailenin yeme tercihleri, evdeki yemek çeşitleri, yeme şekli de obezitenin oluşup oluşmamasında etkili bir role sahiptir (56).

#### **2.4.5. Fiziksel Aktivite**

Obeziteyi engelleyecek en önemli parametre fiziksel aktivitedir. Çeşitli nedenlere bağlı olarak çocukların daha az aktif olmaları, spor etkinliklerinde azalma, durağan aktivitelerin artışı obeziteye yol açmaktadır. Öztora ve arkadaşlarının(58), yaptığı çalışmada günde 4 saatten fazla televizyon seyreden çocuklarda obezite görülme oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca bilgisayar kullanımı, video oyunları, sınavlara hazırlanmak için oturularak geçirilen uzun saatler ile bunların yanında okula servis ile gitme çocuk ve adölesanlarda fiziksel aktivite azalmasına ve buna paralel olarak obezitenin artmasına neden olmaktadır (49). Çocuklarda hareketsiz yaşam tarzına bağlı olarak ortaya çıkan obezite hem çocukların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemekte, hem de ilerleyen yaşlarda obezitenin kronik hale gelmesine zemin hazırlamaktadır (38).

#### **2.4.6. Sosyo-Ekonomik Düzey**

Obezitenin, gelişmiş ülkelerde düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerde, gelişmekte olan ülkelerde ise sosyoekonomik düzeyi yüksek bireylerde daha sık görüldüğü belirtilmektedir (37). Ülkemizde obezite daha çok yüksek ve orta sosyoekonomik düzeydeki bireylerde görülmektedir (71).

Sosyoekonomik durumu iyi olan ailelerin çocukları aşırı beslenme nedeniyle şişmanlarken, zor yaşam koşullarındaki ailelerin çocukları dengesiz beslenme nedeniyle şişmanlamaktadır (52, 66,15). Anne-babanın eğitim düzeyi azaldıkça obezite riski artmaktadır. Annenin ev dışında çalışması da obezite riskini artıran bir faktördür (15).

### **2.4.7. Psikolojik Etkiler**

Obezite oluşumunda psikolojik faktörler de etkilidir. Ev ortamının huzursuz olması, aile içi yaşanan olumsuz ilişkiler, anne ya da babadan ayrı yaşama çocuğun ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumda okul başarısında düşme, özellikle puberte döneminde arkadaş edinememe, sosyal faaliyetlere katılmama gibi davranış bozuklukları gelişebilmektedir. Çocuğun ruhsal yapısının bozulması ise beslenme bozukluklarına neden olmakta, obezite derecesini artırmaktadır (53,58,85,84). Bazı obez çocukların öyküsünde belirli bir psikolojik travma saptanabilir. Obezite nadir olarak psikiyatrik bir hastalığa eşlik edebilir. Zihinsel engelli çocuklarda da obezite sıklığı yüksektir (58)

### **2.5. Çocukluk Çağı Obezitesini Belirlemede Kullanılan Yöntemler**

Obezite vücutta aşırı yağlanma anlamına gelmektedir. Ancak aşırı yağlanma tanımını yapabilmek için önce normalin tanımlanması gerekir. Bu amaçla vücuttaki yağ miktarlarını ölçebilecek çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemlerin hepsinde amaç vücuttaki yağ dokusu ile yağ dokusu dışında kalan yağsız doku miktarının belirlenmesidir (37,58).

#### **2.5.1. Vücuttaki Yağın Doğrudan Ölçümü**

Vücuttaki yağın doğrudan ölçümü amacıyla kullanılan yöntemler şunlardır:

- Sualtı tartımı ile vücut dansitesinin hesaplanması (hidrodansitometri): Farklı dansitelerde olan yağsız doku ile yağ dokusunun su altı tartımı ile yapılmaktadır. Eğer total vücut dansitesi, yağ dokusunun dansitesi ve yağ içermeyen dokuların dansitesi biliniyorsa, denklem kurularak yağ dokusunun toplam vücut kitlesine oranı hesaplanabilir. Bu yöntem için kişinin su altında nefesini tutması ve sabit durması gerektiğinden çocuklarda uygulanması çok zordur (58).

- Toplam vücut suyunun izotop dilüsyonu ile hesaplanması: 2 ya da 3 değerlikli hidrojen izotopu kullanılarak total vücut sıvı saptanabilmektedir. Yağsız doku kitlesindeki su miktarı sabit (%72) kabul edilerek hesaplama yapılır (72).

- Toplam vücut potasyumunun ölçümü: Potasyum vücutta yağsız doku bölmelerinde bulunduğu için vücut potasyumunun ölçümü yağsız doku kitlesi hakkında fikir verir ( 58).

- Dual enerji x-ray absorpsiyonunun ölçümü,

- İmpedans ölçümü ile vücudun biyoelektriksel iletkenliğinin saptanması: Elektrolit içeren vücut sıvılarının akımı ileteceği temeline dayanır. Dokudan geçirilen düşük voltajlı elektrik akımı ile dokulardaki sıvı kitlesi ile ters orantılı olan impedans ölçülür. Yağ dokusunun %10'u, kas dokusunun ise %73'ü sudan oluşur (58).

- Nötron aktivasyonu,

- Bilgisayarlı tomografi

- Ultrasonografi: Yüksek frekanslı ses dalgaları, ultrasound kaynağından deriyi ve yağ dokusunu geçerek kas dokusuna ulaşır. Bu yöntem ile subkutan yağ ve kas dokusu ölçülmektedir ( 3 ).

- Manyetik rezonans görüntüleme: Yağ dokusu ve tüm yağ dışı dokuların görüntülenmesi alınarak toplam vücut yağ hacmi, toplam yağ kitlesi ve oranları hesaplanır. Pahalı bir yöntemdir ve çocukların yaklaşık 20 dakika süren işlem boyunca hareketsiz yatmasını gerektirmektedir (83).

## **2.5.2. Antropometrik Ölçümler (İndirekt Olarak Vücut Yağını Ölçen Yöntemler)**

### **2.5.2.1. Boya Göre Ağırlık Ölçümü**

Çocuklar için kullanılabilen antropometrik yöntemlerden biri boya göre ağırlık ya da relatif ağırlık (RA) ölçümüdür. Bu ölçüm çocuğun boyunun boy persantil çizelgesinde denk geldiği 50. persantile karşılık gelen 50 persantildeki ağırlıktan saptığı miktarın hesaplanmasıdır (37). RA'nın %90-110 olması normal kilolu, %110-120 olması fazla kilolu, %120'nin üzerinde olması obezite olarak kabul edilir (3,52,55,37).

### **2.5.2.2. Bel Çevresi Ölçümü**

Bel çevresi ölçümü ile BKİ ve vücut yağ oranı arasında orantılı bir ilişki vardır. Bel çevresi, abdominal obezite hakkında uygun bilgi sağlar (37). Çocuk yaş grubu için standart değerler henüz geliştirilmemiş olmakla birlikte bel çevresinin 90 persantil üzerinde olması kritik değer olarak kabul edilmektedir. geliştirilmemiştir (46,3,74).

### **2.5.2.3. Cilt Kıvrım Kalınlığı Ölçümü**

Obezitede yağın bir kısmı cilt altında toplanır. Ciltaltı yağ dokusunu belirlemek için cilt kıvrım kalınlığı ölçümü yapılır. Ölçüm kaliper adı verilen özel geliştirilmiş göstergeden okunur. Değişik kaliperler geliştirilmişse de en yaygın kullanılanları 'Harpender' ve 'Lange' kaliperleridir. Triseps, biceps, subskapular ve suprailak bölgelerde ölçüm yapılabilmektedir (52). Boy ve ağırlık ölçümlerine göre cilt kıvrım kalınlığı ölçümlerinin avantajları ve dezavantajları vardır. Yağ kalınlığının gerçek değerini ortaya çıkarması avantajdır, dezavantajı ise çocukların cilt kıvrım kalınlığı ölçümünden rahatsızlık duymalarıdır. Triseps cilt kıvrım kalınlığı da yaşa ve cinse göre değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle, yaşa göre cilt kıvrım kalınlığı

persentil çizelgelerinde gösterilen %85'in üzerinde kalanlar aşırı kilolu ve %95'in üzerinde kalanlar ise obez olarak değerlendirilmektedirler (37).

#### **2.5.2.4. Beden Kitle İndeksi (BKİ)**

Çocuklarda obezite tanısında basit, uygulanabilir, ucuz ve daha güvenli olan beden kitle indeksi (BKİ) sık olarak kullanılmaktadır. BKİ, çocuğun vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (metre) karesine bölünmesi ile hesaplanır (37,71,3,61). Çocuklarda yetişkinlerden farklı olarak BKİ yaşa ve cinsiyete göre değişmektedir (15,37). BKİ ilk 5 ayda hızla artmakta, 1 yaşından sonra düşmekte ve 6. yılda tekrar yükselmektedir (15). BKİ persantillerine göre 85 persantil üzerinde olanlar fazla kilolu, 95 persantil üstünde kalanlar ise obez olarak sınıflandırılmaktadır (15,37) .

**Tablo 2.1. Çocuklar İçin Beden Kitle İndeksine Göre Obezite Sınıflaması**

Çocuklar için sınıflama (2 yaş ve üzeri)	Beden Kitle İndeksi Durumu
Boy için normal kilo	10-85 persentil
Fazla kilolu	85-95 persentil
Obez	> 95 persentil

#### **2.6. Obezitenin Komplikasyonları**

Çocukluk çağındaki obezite önemli bir sağlık problemidir ve erişkin dönemle de ilişkilidir. Hem çocukluk, hem de yetişkinlik döneminde obezite ile karşı karşıya kalanlarda mortalite ve morbidite hızı artmaktadır. Obezite birçok fiziksel, duygusal ve psikososyal sorunlara neden olmakta, aynı zamanda akademik ve toplumsal sorunlara da yol açmaktadır ( 53, 65 ). Bu sorunların bilinmesi obezite ile mücadelede başarılı olunması için çok önemlidir ( 23 ).

### **2.6.1. Fiziksel Sorunlar**

Obezite yalnızca ileri yaşlarda değil, çocukluk döneminde de fiziksel sağlık sorunlarına ve kronik hastalıklara neden olmaktadır (53,58). Obez çocuk ve adölesanlarda görülen fiziksel sorunlar; kardiyovasküler, endokrinolojik, kas-iskelet, obstetrik, pulmoner ve immünolojik sistem ile ilgili sorunları içermektedir (58).

Obezite kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Obez çocuklarda primer hipertansiyon prevalansı giderek artmaktadır. Obezitede hipertansiyona neden olan faktörler arasında hiperinsülinemi, sempatik sinir sistemi aktivasyonu, sodyum reabsorpsiyonunun artması bulunmaktadır.

Koroner ateroskleroz çocukluk döneminde başlayabilmektedir. Erişkine benzer olarak, kilolu çocuklarda LDL-kolesterol ve total kolesterol yükselmekte, obezitenin daha ilerlemesiyle plazma trigliserid düzeyi artmakta ve HDL-kolesterol düzeyi düşmektedir ( 53,58). Ergenlik çağında kazanılmış olan obezite erişkin dönemde koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği gibi hastalıklara yol açabilmektedir (71).

Erken dönem obezitenin en sık görülen komplikasyonlarından birisi tip 2 diyabetes mellitustur (53,58,65). Obezitenin süresi, derecesi, vücut yağının santral dağılımı ile diyabetes mellitus gelişme riski artmaktadır. Hiperinsülinemi ve insülin direnci, obezitenin yol açtığı birçok komplikasyonun ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (71, 58).

Obez kızlarda menstruel sorunlar da sık görülür. Bu sorunlar arasında erken menarş, geç menstruasyon, oligomenore ya da amenore yer almaktadır. Obez erkeklerde ise obezitenin derecesi ile ilişkili olarak total serum testosteron düzeyinde azalma, oligospermi, estradiol ve östrojen düzeylerinde artma görülmektedir (71,58).

Obezitenin solunum fonksiyonları üzerine olan etkileri genel etkiler ve obeziteye bağlı uyku apne sendromu olarak iki grupta incelenmektedir. Boyunda, üst solunum yollarında, göğüs duvarında ve karında yağ birikimi, solunum sisteminin mekanik fonksiyonlarını bozar. Obezite ile birlikte olan en önemli solunum sistemi problemi uyku apnesidir. Uyku apnesinin patogeneğinde üst solunum yollarında görülen daralma ve solunum yollarındaki kollaps rol oynamaktadır (71,58).

Kolelitiazis ve karaciğerde yağlanma obezite için karakteristiktir. Obez çocuklarda ve adölesanlarda karaciğer hastalığının en sık nedeni karaciğer yağlanmasıdır. Çocukluk çağındaki obezite sıklığının artışı ile alkole bağlı olmayan karaciğer yağlanması sıklığı da artmaktadır (71,58,37).

Obezitede, artmış yükten kaynaklanan kemik, eklem, bağ dokusu hastalıkları da görölmektedir. Osteoartrit, blount hastalığı ve sıyrılmış femoral epifiz özellikle obez ergenlerde gelişebilen kalıcı bir deformitedir. Tekrarlayan ayak bileği burkulmaları da obez çocuklarda daha siktir (53).

### **2.6.2. Psikososyal ve Akademik Sorunlar**

Obez çocuk ve ergenlerde psikososyal sorunlar en sık karşılaşılan sorunlar arasındadır. Obez çocuk ve ergenlerde anksiyete, depresyon, distoni, enürezis gibi psikopatolojik bulgulara rastlanmaktadır. Bu tür psikopatolojik durumların yanı sıra, sık öfke nöbetleri, özgüven kaybı, kendini aşığılama, diğer kişilerin kendilerinden tiksindiğini ya da küçük gördüğünü düşünme, beden imgesinde bozulmaya bağlı depresyon, damgalanma, kimlik kaybı gibi psikolojik bozukluklar sık görölmektedir (58,53).

Obezite, çocuk ve ergenlerin akademik yaşamlarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda aşırı kilolu/obez öğrencilerin normal kilolu öğrencilere göre okuma becerilerinin ve matematik puanlarının düşük olduğu, okul performanslarının iyi olmadığı, başarısız



öğrenci oldukları, kendilerini okula bağlı hissetmedikleri, okulu bırakmak istedikleri saptanmıştır (53).

## **2.7. Çocukluk Çağı Obezitesinde Tedavi Yöntemleri**

Obezite tedavisinde kullanılan yöntemler 5 grup altında toplanmaktadır: Tıbbi beslenme (diyet) tedavisi, egzersiz tedavisi, davranış değişikliği tedavisi, ilaç tedavisi ve cerrahi tedavi (82).

### **2.7.1. Tıbbi Beslenme (Diyet) Tedavisi**

Obezite tedavisinde kullanılacak diyet kişiye özeldir. Kişinin, yaşı, cinsiyeti, alışkanlıkları, biyokimyasal bulguları, bir hastalığının olup olmaması ve obezitesinin derecesi diyet düzenini etkiler. Obez çocuğun diyetinin temel ilkesi çocuğun normal büyüme ve gelişmesi için gereken enerji ve besin öğelerinin sağlanmasıdır. Çocuğun yaşına uygun miktarlarda besin gruplarından sağlanan günlük enerjinin % 55-60'ı karbohidratlardan, % 12-15'i proteinlerden ve % 30'u yağlardan alınmalıdır. Böylece çocuğun enerji alımı ve besin tüketimi dengelenmiş olacaktır (77,49).

### **2.7.2. Egzersiz Tedavisi**

Yapılan kontrollü çalışmalarda diyet ve egzersiz kombinasyonu, yalnızca diyet tedavisi ile karşılaştırıldığında, daha fazla kilo kaybının olduğu gözlenmiştir ve egzersiz kilo kaybının uzun süreli olmasına yardımcı olmaktadır (71). Çocuk ve ergenlerde egzersiz, çocuğun/ergenin yaşı, cinsiyeti ve mevcut risk faktörleri göz önüne alınarak ayarlanmalıdır (77). Egzersiz haftada en az üç kez, 30 dakika süresince yapılmalıdır. Egzersiz yoğunluğu ve süresi yavaş yavaş artırılmalıdır (84).

### **2.7.3. Davranış Değişikliği Tedavisi**

Obezitede sıklıkla uygulanan tedavi, yeme tutumlarını değiştirmeye yönelik davranışçı tedavidir (61). Tedavi planı genellikle kendi kendini

gözlemlenme, uyaran kontrolü, alternatif davranış geliştirme, pekiştirme, kendi kendini ödüllendirme, kognitif yapılanma ve sosyal destek olmak üzere beş basamaktan oluşur. Önemli olan aşırı yeme davranışını özendiren çevresel etkenleri kontrol edebilmektir(77,61).

#### **2.7.4. İlaç Tedavisi**

Obezitede farmakolojik tedavinin kullanımı ile ilgili çalışmalar daha çok erişkinler üzerinde yapılmıştır. Genellikle 12 yaş altındaki obez çocuklara ilaç tedavisi önerilmemektedir (51,59). Ancak morbid obez bulguları olan ve tüm standart tedavilere yanıt vermeyen çocuk ve ergenlerde denemesi öngörülmüştür. Bu tür vakalarda önerilen ve tercih edilen, hastanın özel kliniklerde yatırılarak, yakından izlenmesi ile ilaç tedavisinin uygulanmasıdır (20).

#### **2.8. Çocukluk Çağı Obezitesinden Korunma**

Çocukluk çağı obezitesinden korunmada çocuğun içinde bulunduğu gelişim dönemi göz önüne alınarak müdahaleler planlanmalıdır.

**Perinatal Dönem:** Gebelik döneminde yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, düzenli sağlık kontrollerinin sürdürülmesi, kilo artışının izlenmesi, gebelik dönemi diyabetinin kontrol edilmesi ve beslenme eğitimi.

**Bebeklik Dönemi:** İlk 6 ay anne sütünün desteklenmesi, yaşamın 6. ayından başlayarak ek besinler hakkında bilgi verilmesi, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, boy ve kilo artışının düzenli olarak izlenmesi.

**Okul Öncesi Dönem:** Sağlıklı besin tercihinin oluşmasını sağlama, ebeveynlerin beslenme alışkanlıklarının gözden geçirilmesi, hatalı uygulamaların düzeltilmesi, çocuğu ve ebeveynlere sağlıklı beslenme eğitimi verilmesi, kilo artışının izlenmesi.

**Okul Dönemi:** Prepubertal adipoz dokunun aşırı gelişmesinin önlenmesi, sağlıklı beslenme eğitimi verilmesi, günlük fiziksel egzersizin desteklenmesi, kilo artışının izlenmesi.

**Ergenlik Dönemi:** Ergeni, oluşabilecek aşırı kilo alımından koruma, günlük fiziksel aktivitenin devamlılığının sağlanması, kilo artışının izlenmesi, aşırı kilolu ergenleri obezite sonucu oluşabilecek hastalıklardan (hipertansiyon, dislipidemi, insulin direnci, tip II diabetes mellitus) koruma.

Müdahalelerin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesinde sağlık çalışanlarının, ebeveynler ve okul ile işbirliği yapması oldukça önemlidir (62,53,82).

## **2.9. Çocukluk Dönemi Obezitesinin Yönetiminde Hemşirenin Rolü**

Çocukluk çağı obezitesinin sağlığı olumsuz yönde etkileyen ciddi sonuçlarının olması nedeniyle tüm dünyada hemşireler diyet, egzersiz ve vücut ağırlığının yönetimi konularında önemli sorumluluklar üstlenmektedirler (86). Hemşirelerin obezite ile mücadelede, sağlık bakım hizmetlerinin tüm aşamalarında hastalığın önlenmesi, tedavisi ve bakımında önemli sorumlulukları bulunmaktadır (54, 67). Hemşireler için obezite yönetiminde hedef; yaşa ve cinsiyete göre önerilen vücut ağırlığının korunması, hafif şişman olan çocukların erken dönemde belirlenmesi, hafif şişman ve şişman çocukların uygun bir şekilde kilo vermelerinin sağlanması ve çocuklar ve aileleri için sağlıklı yaşam tarzı oluşturulmasının desteklenmesidir (71).

Hemşirelik, sağlık hizmetlerinin çeşitli alanlarında çocuk ve ailesiyle en fazla birlikte olan mesleklerden biridir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirenin, obeziteden korunma ve tedavisi ile ilgili tüm girişimlerde önemli sorumluluğu bulunmaktadır (46). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire çocuklarda büyüme ve gelişmenin izlenmesi ve ailelere çocuğun sağlığının geliştirilmesi konusunda danışmanlık yapmaktan da sorumludur. Bu doğrultuda, günümüzde çocuk sağlığını tehdit

etmeye başlayan çocukluk çağı obezitesini önleyici uygulamaları cazip hale getirebilmek için hemşirelerin daha fazla bilgiye sahip olmaları gerekmektedir (86).

Obeziteye neden olduğu bilinen çok sayıda faktör içinde, aşırı ve yanlış beslenme ile fiziksel aktivite yetersizliği en önemli nedenler olarak kabul edilmektedir. Hemşireler sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi geliştirmede okullarda, toplum sağlığı merkezlerinde, birinci basamak sağlık kurumlarında ya da evde, çocuk, aile ve toplum için eğitici ve rol modeli olarak ideal pozisyondadırlar (71,72).

Hemşireler obeziteyi önlemede obezitenin en sık görüldüğü yaş dönemlerine göre girişimlerini planlamalıdır. Yenidoğan ve bebeklik döneminde obezitenin önlenmesi için en uygun girişim hemşirelerin annelere yapacakları anne sütü ile ilgili beslenme danışmanlığıdır. Bu dönemde bebek için, yaşına uygun alınması gereken enerji ve besin öğelerini sağlayacak en ideal besin anne sütüdür. Anne sütü ile beslenme obeziteyi engellemektedir. Çocuk ve adölesan gruplarında ise hemşireler obeziteyi önlemeye yönelik aileyi de içine alan sağlık eğitimi programları yapabilirler (72).

Sağlıklı yaşam tarzının geliştirilmesine yönelik olarak, sağlıklı ve dengeli besin grupları ve bunun yaşama geçirilmesi, çabuk hazırlanan yemeklerde büyük boy münülerden, sık olarak dışarıda yemek yenmesinden ve şekerli gıdaların alınmasından kaçınılması konularında ailelere ve çocuklara eğitim verilmelidir. Özellikle çocukların televizyon ve bilgisayar karşısında geçirdikleri sürenin sınırlandırılması konusunda aileye ve çocuğa bilgi verilmelidir. Çocuğun odasında televizyon ve bilgisayarın bulunmaması gerektiği vurgulanmalıdır. Günlük fiziksel aktivitenin, aile ile birlikte yapılması ve 30 dakika ile başlayıp 60 dakikaya çıkarılması konusunda aileler cesaretlendirilmelidir. Okul hemşireleri, beden eğitimi öğretmenleri ile birlikte çalışarak, çocuğun boş vakitlerinde yapabileceği orta düzey fiziksel aktiviteleri belirleyebilirler (71, 72).

Çalışmalarda çocukluk obezitesini önleme ve tedavi programlarında ailelerin de yer almasının programın başarısını arttırdığı belirtilmektedir. Çocukluk obezitesi ile ilgili ilk ortam aile ortamıdır. Ailenin obez olma durumu, sosyo-ekonomik durumu, ailenin eğitim düzeyi, aile tipi ve aktivite durumu çocukluk obezitesi ile ilgilidir(62). Ailenin yeme tercihleri, evdeki yemek çeşitleri, yeme şekli obezitenin oluşup oluşmamasında etkili bir role sahiptir (56). Ebeveynlerin çocukla birlikte fast-food restoranlara gitme sıklığı, çocuğun tabağındaki besinleri yemesi için zorlama durumları ile çocukların obezitesi arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur(50,79). Bu nedenlerle hemşirelerin obezitenin önlenmesi ve yönetiminde aileler ile birlikte çalışmaları ve çocukları için olumlu model oluşturmaları açısından aileyi bilinçlendirilmeleri gereklidir. Bunun yanısıra hemşirenin de aile için sağlıklı beslenme ve obeziteden korunma konusunda rol modeli olma sorumluluğu bulunmaktadır (63,72,86). Obeziteden korunmayla ilgili uygulamalara ailenin istekli olması, katılması ve desteklenmesi girişimlerin başarılı olmasında son derece önemlidir. Uygulamalar aile istekli ve hazır olduğunda başlatılmalı, çocuğa ve aileye obezite ve obezitenin tıbbi komplikasyonları hakkında bilgi verilmelidir. Bilgilendirme sonrası aileye çocuğun boy ve kilosunun izlemi öğretilmeli, çocuğun beslenmesi ve fiziksel aktivitesinin özellikleriyle birlikte değerlendirilmesinin önemi anlatılmalıdır. Aynı zamanda ebeveynlerin çocuğun olumlu davranışlarını pekiştirmeye yönelik ödül verme ve övme davranışlarında bulunmalarının çocuğun olumlu beslenme davranışı kazanmasında etkili olduğu vurgulanmalıdır. Obezitenin yönetiminde ailenin ve çocuğun güdülenme düzeyi çok önemlidir. Obeziteyi kendi sorunları olarak algılamıyorlarsa, tedavi süresi ile ilgili gerçek dışı beklentileri ve motivasyon düşüklüğü olabilir. Bu nedenle çocuk ve ailenin obezitenin kendi yaşam biçimlerinden kaynaklandığını ve kendileriyle ilgili bir sorun olduğunu görmelerini sağlayacak aile temelli programlara uyum artırılmalıdır (86,53).

Günümüzde çocukluk çağı obezitesi ile ilgili olarak üzerinde durulan önemli bir konu, obezite ile ilgili algılamalardır. Çoğu toplumda kilolu çocuk,

sağlıklı olarak kabul edilmektedir (78). Algılama "bir Őeyin kabul edilme, anlaşılma ya da yorumlanma Şekli" olarak tanımlamıştır. Algılamalar sağlıkla ilgili uygulamalarını etkilediğinden, hemşirenin çocukluk ağı obezitesini önlemeye katılımı destekleyecek ya da engelleyecek algıları analiz etmede de sorumluluğu bulunmaktadır (54,69).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Bu araştırma birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin çocukluk çağı obezitesi hakkındaki bilgilerinin ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma İstanbul il merkezinde bulunan Esenler, Şişli ve Beşiktaş ilçelerindeki 46 Aile Sağlığı Merkezi'nde 1 Ağustos 2016- 30 Ağustos 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

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

Araştırmanın evrenini İstanbul il merkezinde bulunan Esenler, Şişli ve Beşiktaş ilçelerindeki 46 Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapan 100 hemşire oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Böylece çalışmanın uygulandığı dönemde Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan ve çalışmada yer almayı kabul eden tüm hemşireler (n=100) örnekleme alınmıştır.

#### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın bağımlı değişkeni, hemşirelerin çocukluk obezitesi hakkındaki bilgi ve uygulamalarıdır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslekte geçirilen süre, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışılan süre), ailede obez bir birey olup olmadığı, hemşirelerin çocukluk çağı obezitesi ile ilgili eğitim programlarına katılma ve yararlanma durumları, çocukluk çağı obezitesinin nedenleri, yol açacağı riskler, obezitenin belirlenmesinde kullanılan tanı yöntemleri ve çocukluk obezitesinin önlenmesinde okulun rolü ile ilgili görüşleri, obezite danışmanlığında kendilerini yeterli hissetme

durumları, obezitenin önlenmesinde işbirliği yaptıkları kuruluşlar ve girişimleridir.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

#### **3.5.1. Veri Toplama Araçları**

Çalışmada veriler soru formu ile toplanmıştır. Soru formu (EK 1) araştırmacı tarafından ,konu ile ilgili literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanmış olup hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslekte çalışılan süre, birinci basamak sağlık hizmetlerinde geçirilen süre, ailede obez bir birey olup olmadığı, hemşirelerin çocukluk çağı obezitesi ile ilgili eğitim programlarına katılma ve yararlanma durumları) ve çocukluk çağı obezitesi hakkındaki bilgileri ve uygulamalarını belirlemeyi amaçlayan toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Soru formunun uygulanmasından önce Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışmaya dahil edilmeyen 10 hemşire ile ön uygulama yapılmış ve soruların anlaşılabilirliği değerlendirilerek soru formunda gerekli düzeltmeler gerçekleştirilmiştir.

#### **3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veriler 1 Ağustos – 30 Ağustos 2016 tarihleri arasında çalışmada yer almayı kabul eden aile sağlığı merkezi hemşireleri ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanarak toplanmıştır. Hemşireler, araştırmacı tarafından aile sağlığı merkezinde bulunan hemşire odasına alınarak soru formu uygulanmıştır. Soru formunun uygulanması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

### **3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı yardımı ile değerlendirilmiştir. Öncelikle açık uçlu soruların kategorize edilmesi sağlanmış ve hata analizi yapılarak yanlış girişler düzeltilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı özellikler için sayı, yüzde, aritmetik ortalama kullanılmıştır. Sosyo-demografik özellikler ile hemşirelerin



çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarını karşılaştırmak amacıyla ki-kare testinden yararlanılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde %95 güven aralığında  $p<0.05$  olması durumunda, veriler arasındaki farklılığın anlamlı olduğu kabul edilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Çalışmadan elde edilen sonuçlar hemşirelerin özbildirimlerini yansıtmaktadır.

### **3.8. Etik Kurul Onayı**

Araştırmaya başlamadan önce proje Koç Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'na sunulmuş, 2016.144.IRB3.079 karar numarası ile 01.06.2016 tarihinde onaylanarak kabul edilmiştir (EK 2). Çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğu Projeler Birimi tarafından 20.07.2016 tarihinde onaylanmıştır (EK 3). Araştırmaya katılan hemşirelere araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verildikten sonra sözel onamları alınmıştır (EK 4).

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katılma ve yararlanma durumları, obezitenin nedenleri, riskleri, tanı yöntemleri, ve çocukluk obezitesinin önlenmesine yönelik görüşleri ile hemşirelerin bazı özelliklerine göre karşılaştırmalara yer verilmiştir.

**Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (N=100)**

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
<b>Yaş Grubu</b>		
20-24 yaş	14	14,0
25-29 yaş	32	32,0
30 yaş ve üzeri	54	54,0
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	99	99,0
Erkek	1	1,0
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Lisans düzeyi altı	45	45
Lisans düzeyi ve üzeri	55	55
<b>Meslekte Geçirilen Süre</b>		
10 yıl ve altı	66	66
11 yıl ve üstü	34	34
<b>Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Geçirilen Süre</b>		
0-5 yıl	63	63,0
6-10 yıl	25	25,0
11 yıl ve üstü	12	12
<b>Ailede Obez Birey Varlığı</b>		
Evet	26	26,0
Hayır	74	74,0
<b>Genel Toplam</b>	100	100.0

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin %32’u 25-29 yaş, %54’ü 30 yaş ve üstü, %14’ü 20-24 yaş grubunda olup %99’u kadındır.

Hemşirelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; % 45’inin lisans düzeyi altı,% 55 ‘inin lisans düzeyi ve üstü olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin

meslekte geçirdikleri süreye bakıldığında %66'sının 10 yıl ve altı, %34'nün 11 yıl ve üstü, olduğu saptanmıştır.

Hemşirelere birinci basamak sağlık hizmetlerinde geçirdikleri çalışma süresi sorulduğunda %63'ü 0-5 yıldır, %25'i 6-10 yıldır, %12'si ise 11 yıl ve üstü süredir birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin %26'sının ailesinde obez bir birey olduğu, %74'ünün ise ailesinde obez bir birey olmadığı saptanmıştır

Tablo 4.2. Hemşirelerin Çocukluk Obezitesi İle İlgili Eğitim Programına Katılma ve Eğitimden Yararlanma Durumları (N=100)

**Tablo 4.2. Hemşirelerin Çocukluk Obezitesi İle İlgili Eğitim Programına Katılma ve Eğitimden Yararlanma Durumları (N=100)**

<b>Eğitim Programı</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Çocukluk Obezitesi İle İlgili Eğitim Programına Katılma</b>		
Evet	40	40,0
Hayır	60	60,0
<b>Aldığı Bilgiyi Yeterli Bulma (n=40)</b>		
Evet	9	22,5
Kısmen	22	55,0
Hayır	9	22,5
<b>Eğitimden Yararlanma (n=40)</b>		
Evet	20	50,0
Kısmen	15	37,5
Hayır	5	12,5

Hemşirelerin çocukluk obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katılma ve eğitimden yararlanma durumları Tablo 4.2'de verilmiştir. Tablodan da görüldüğü gibi hemşirelerin %40'ı çocukluk obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katıldıklarını belirtirlerken, herhangi bir eğitim programına katılmadığını ifade edenlerin oranı %60'dır. Tabloda yer almamakla birlikte eğitim programına katıldığını ifade eden hemşirelere hangi eğitim programına katıldıkları sorulduğunda %50'si Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmiş olan

eğitimlere, %30'u da çalıştıkları kurum tarafından verilen eğitimlere katıldıklarını belirtmişlerdir. Çocukluk obezitesi ile ilgili eğitim programına katılan hemşirelerin %22.5'i eğitimde verilen bilgileri yeterli bulduklarını belirtirlerken %50'si de aldıkları eğitimden yararlandıklarını ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.3. Hemşirelerin Çocukluk Obezitesinin Nedenleri İle İlgili Görüşleri (N=100)**

<b>Obezite Nedenleri İle İlgili Görüşler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Kötü yeme alışkanlıkları	96	96,0
Fast-food beslenme	91	91,0
Hormonal problemler	73	73,0
Genetik	67	67,0
Aşırı kalori tüketimi	59	59,0
Ebeveynlerin ilgisizliği	51	51,0
Sedanter yaşam tarzı	33	33,0
Düşük sosyoekonomik düzey	29	29,0
Kültürel faktörler	25	25,0
Akran baskısı	14	14,0

\*Hemşireler birden fazla yanıt vermişlerdir.

Tablo 4.3'te hemşirelerin çocukluk obezitesinin nedenleri ile ilgili görüşleri yer almaktadır. Hemşirelerin % 96'sı kötü yeme alışkanlıklarının, %91'i fast-food beslenmenin, %73'ü hormonal problemlerin, %67'si genetiğin, %59'u aşırı kalori tüketiminin, %51'i ebeveynlerin ilgisizliğinin, %33'ü sedenter yaşam tarzının, %29'u düşük sosyoekonomik düzeyin, %25'i kültürel faktörlerin, %14'ü de akran baskısının obeziteye neden olduğu görüşünde olduklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 4.4. Hemşirelerin Çocukluk Çağı Obezitesinin Erişkin Dönemde Yol Açacağı Risklerle İlgili Görüşleri (N=100)**

<b>Görüşler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Diyabet	25	25,0
Kalp damar hastalıkları	25	25,0
Hipertansiyon	14	14,0
Psikolojik sorunlar	12	12,0
Kronik hastalıklar	9	9,0
Hormonal bozukluklar	5	5,0
Diğer*	10	10,0

\*Diğer başlığı altında akciğer hastalıkları, yetişkin obezitesi ve gelişim bozuklukları yer almıştır.

Tablo 4.4'te hemşirelerin çocukluk çağı obezitesinin erişkin dönemde yol açacağı risklerle ilgili görüşleri yer almaktadır. Tablodan da görüldüğü gibi hemşirelerin % 25 'i diyabeti, % 25 'i kalp damar hastalıklarını , % 14'ü hipertansiyonu, % 12 'si psikolojik sorunları, % 9'u kronik hastalıkları ve %10'u da akciğer hastalıkları, yetişkin obezitesi ve gelişim bozukluklarını çocukluk çağı obezitesinin erişkin dönemde yol açacağı riskler olarak belirtmişlerdir.

**Tablo 4.5. Hemşirelerin Çocukluk Çağı Obezitesinin Belirlenmesinde Kullanılan Yöntemlerle İlgili Bilgi Durumları (N=100)**

<b>Kullanılan Yöntemler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Yöntemleri Bilme Durumu</b>		
Evet	35	35.0
Hayır	65	65.0
<b>Kullanılan Yöntemler İle İlgili Görüşler (n=35)</b>		
Beden kitle indeksi	9	25.7
Kan testleri	8	22.9
Vücut ağırlığı kontrolü	8	22.9
Hormon testleri	6	17.1
Persantil eğrisi kullanımı	5	11.4

Tablo 4.5'te araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çocukluk çağı obezitesinin belirlenmesinde kullanılan yöntemlerle ilgili bilgi durumları verilmiştir. Hemşirelerin %35'i obezitenin belirlenmesinde kullanılan yöntemlerini bildiklerini, %65'i ise bilmediklerini ifade etmişlerdir. Çocukluk çağı obezitesinin belirlenmesinde kullanılan yöntemleri bildiğini ifade eden hemşirelere kullanılan yöntemler sorulduğunda %25,7'si beden kitle indeksinin, %22,9'u kan testlerinin, %22,9'u vücut ağırlığı kontrolünün, %17,1'i hormon testlerinin ve %11,4'ü de persantil eğrilerinin obeziteyi belirlemek için kullanılan yöntemler olduğunu belirtmişlerdir.

**Tablo 4.6. Hemşirelerin Çocukluk Çağı Obezitesi Danışmanlığı İle İlgili Kendilerini Yeterli Hissetme Durumları ve Yetersiz Hissettikleri Alanlar (N=100)**

<b>Çocukluk Çağı Obezitesine Yönelik Danışmanlık</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Kendini Yeterli Hissetme Durumu</b>		
Evet	71	71,0
Hayır	29	29,0
<b>Yetersiz Hissedilen Alanlar (n=29)</b>		
Çocukluk obezitesi	12	41,4
Beslenme eğitimi	6	20,7
Fiziksel aktivite	5	17,2
Diyabet	4	13,8
Aile eğitimi	2	6,9

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çocukluk çağı obezitesi danışmanlığı ile ilgili kendilerini yeterli hissetme durumlarına bakıldığında (Tablo 4.6) kendisini yeterli hissettiğini belirtenler %71 olup hemşirelerin %29'u bu konuda yeterli olmadıklarını belirtmişlerdir. Çocuklara ve ailelerine obezite ile ilgili yapılan danışmanlıkta yeterli hissedilmeyen konuların ise çocukluk obezitesi (%41,4), beslenme eğitimi (%20,7), fiziksel aktivite (%17,2), diyabet (%13,8) ve aile eğitimi (%6,9) olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.7. Hemşirelerin Çocukluk Çağı Obezitesini Önlemeye Yönelik Girişimleri (N=100)Girişimler**

<b>Obeziteyi Önlemeye Yönelik Girişimlerin Olup Olmadığı</b>	Sayı	Yüzde
Evet	66	66,0
Hayır	34	34,0
<b>Obeziteyi Önlemeye Yönelik Girişimler (n=66)</b>		
Sağlık ve beslenme eğitimi	22	33,3
Aileye çocuk beslenmesi eğitimi	16	24,2
Beslenme uzmanına yönlendirme	10	15,2
Antropometrik ölçümlerle izleme	7	10,6
Uyku düzeni eğitimi	4	6,1
Bedensel aktivite ile ilgili bilgi verme	4	6,1
Okullarda obeziteyi önleme broşürü dağıtmak	3	4,5
<b>Sorumlu Olduğu Nüfusta Obez Çocuk</b>		
Var	22	22,0
Yok	78	78,0
<b>Obez Çocuklara Yönelik Girişimler</b>		
Beslenme Uzmanına Yönlendirme	12	54,5
Beslenme Eğitim	8	36,4
Yakın Takibe Alma	2	9,1

Tablo 4.7'de hemşirelerin çocukluk çağı obezitesini önlemeye yönelik girişimleri yer almaktadır. Tabloda da görüldüğü gibi hemşirelerin %66'sı çocukluk çağı obezitesini önlemeye yönelik girişimlerde bulduklarını, % 34'ü de herhangi bir girişimlerinin olmadığını ifade etmişlerdir.

Çocukluk çağı obezitesini önlemeye yönelik girişimleri olduğunu belirten hemşirelere bu konuda neler yaptıkları sorulduğunda ise %33,3'ü sağlık ve beslenme eğitimi verdiklerini, %24,2'si aileye çocuk beslenmesi eğitimi verdiklerini, %15,2'si beslenme uzmanına yönlendirdiklerini, %10,6'sı antropometrik ölçümlerle izlediklerini,%6,1'i uyku düzeni eğitimi verdiklerini, %6,1'i bedensel aktivite ile ilgili bilgi verdiklerini, %4,5'i de okullarda obeziteyi önleme ile ilgili broşür dağıttıklarını belirtmişlerdir.



Hemşirelerin %22'si sorumlu oldukları nüfusta obez çocuk olduğunu ifade ederlerken obez çocuğa yönelik olarak %55,5'i çocuğu beslenme uzmanına yönlendirdiğini, %36,4'ü beslenme eğitimi verdiğini, %9,1'i de yakın izleme aldıklarını söylemişlerdir.

**Tablo 4.8. Hemşirelerin Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesinde Okulun Rolü İle İlgili Görüşleri (N=100)**

<b>Görüşler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Kantinlerde sağlıksız yiyeceklerin önlenmesi	24	24,0
Spor ve aktivite yaptırılması	15	15,0
Ailelerin obezite hakkında bilgilendirilmesi	13	13,0
Öğün saatlerinin düzenlenmesi	10	10,0
Beslenme eğitimi	9	9,0
Obeziteyle ilgili çocuklara eğitim verilmesi	9	9,0
Öğretmenlerin bilgilendirilmesi	8	8,0
Kantin denetimi	6	6,0
Konu ile ilgili kamu spotu hazırlanması	6	6,0

Hemşirelerin çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde okulun rolü ile ilgili görüşleri Tablo 4.8'de yer almaktadır. Hemşirelerin %24'ü kantinlerde sağlıksız yiyeceklerin önlenmesi, %15'i çocuklara spor ve aktivite yaptırılması, %13'ü ailelere obezite hakkında bilgi verilmesi, %10'u öğün saatlerinin düzenlenmesi, %9'u beslenme eğitimi, %9'u obezite ile ilgili çocuklara eğitim verilmesi, %8'i öğretmenlerin konu ile ilgili bilgilendirilmesi, %6'sı kantin denetimi ve %6'sı da konu ile ilgili kamu spotu hazırlanması görüşünde olduklarını ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.9. Hemşirelerin Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesinde Bölgedeki Okullarla ve Diğer Kuruluşlarla İşbirliği Yapma Durumları (N=100)**

<b>İşbirliği Yapma Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Bölgedeki Okullar İle İşbirliği</b>		
Yapan	26	26,0
Yapmayan	74	74,0
<b>Diğer Kuruluşlar İle İşbirliği</b>		
Yapan	37	37,0
Yapmayan	63	63,0

Hemşirelerin çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde bölgelerindeki okullarla ve diğer kuruluşlarla işbirliği yapma durumları değerlendirildiğinde (Tablo 4.9) hemşirelerin %26'sının okullarla, %37'sinin diğer kuruluşlarla obezitenin önlenmesi konusunda işbirliği yaptıkları, %74'ünün okullarla, %63'ünün de diğer kuruluşlarla işbirliği yapmadıkları saptanmıştır.

**Tablo 4.10. Hemşirelerin Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesinde Aileye Yönelik Girişimleri (N=100)**

<b>Girişimler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Çocuklarını aktivite ve spora teşvik etme	23	23,0
Beslenme eğitimi	22	22,0
ASM-aile işbirliğinin desteklenmesi	10	10,0
Beslenme uzmanlarına yönlendirme	10	10,0
Emzirme eğitimi	9	9,0
Boy ve kilo izlemi	7	7,0
Uyku düzeni eğitimi	6	6,0
Anne sütü hakkında bilgilendirme	6	6,0
Diğer	7	7,0

Tablo 4.10'da hemşirelerin çocukluk obezitesinin önlenmesinde aileye yönelik girişimleri verilmiştir. Hemşirelerin %23'ü aileleri çocuklarını aktivite ve spora teşvik etmeleri yönünde uyardıklarını, %22'si beslenme eğitimi verdiklerini, %10'u aile sağlığı merkezi ile ailenin işbirliğini desteklediklerini, %10'u beslenme uzmanına yönlendirdiklerini, %9'u emzirme eğitimi

verdiklerini, %7'si boy-kilo izlemi yaptıklarını, %10'u aileleri çocuğun uyku düzeni hakkında bilgilendirdiklerini, %6'sı anne sütü hakkında, %6'sı hazır gıda kullanılmaması konusunda bilgilendirdiklerini belirtirlerken %7'si de diğer girişimleri (beslenmede hazır gıda kullanılmaması ve çocukların alışveriş merkezlerine tok karnına götürülmesi) ifade etmişlerdir.



**Tablo 4.11. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Obezitesi Danışmanlığında Kendilerini Yeterli Hissetme Durumları (N=100)**

Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Obezitesi Danışmanlığında Kendilerini Yeterli Hissetme Durumları (N=100)	Yeterli Hisseden		Yeterli Hissetmeyen		Toplam		Test değeri
	n	%	n	%	n	%	
<b>Yaş</b>							
20-24 yaş	10	14,1	4	13,8	14	14,0	X <sup>2</sup> =2,637 p=0,267
25-29 yaş	26	36,6	6	20,7	32	32,0	
30 yaş ve üstü	35	49,3	19	65,5	54	54,0	
<b>Eğitim Düzeyi</b>							
Lisans düzeyi altı	29	40,8	16	55,2	45	45,0	X <sup>2</sup> =1,708 p=0,191
Lisans düzeyi ve üzeri	42	59,2	13	44,8	55	55,0	
<b>Meslekte Geçirilen Süre</b>							
10 yıl ve altı	49	69,0	17	58,6	66	66,0	X <sup>2</sup> =0,991 p=0,319
11 yıl ve üstü	22	31,0	12	41,4	34	34,0	
<b>Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Geçirilen Süre</b>							
0-5 yıl	47	66,2	16	55,2	63	63,0	X <sup>2</sup> =1,102 p=0,576
6-10 yıl	16	22,5	9	31,0	25	25,0	
11 yıl ve üstü	8	11,3	4	13,8	12	12,0	
<b>Çocukluk Obezitesi İle İlgili Bir Eğitim Programına Katılma</b>							
Evet	37	52,1	3	10,3	40	40,0	X <sup>2</sup> =14,967 p=0,000
Hayır	34	47,9	26	89,7	60	60,0	

Hemşirelerin bazı özelliklerine göre çocukluk çağı obezitesi danışmanlığında kendilerini yeterli hissetme durumları Tablo 11'de yer almaktadır. Hemşirelerin yaş gruplarına göre obezite danışmanlığında kendilerini yeterli hissetme durumlarına bakıldığında; obezite danışmanlığında yeterli olduğunu ifade eden hemşirelerin %14,1'inin 20-24 yaş, %36,6'sının 25-29 yaş ve %49,3'ünün de 30 yaş ve üzerinde oldukları görülmüştür. Çocukluk çağı obezitesi danışmanlığında yeterli olmadığını ifade eden hemşirelerin büyük bir kısmı ise (% 65.5) 30 ve üzeri yaş grubundadır. Hemşirelerin yaşları ile çocukluk çağı obezitesi danışmanlığında kendilerini yeterli hissetme durumları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim düzeylerine göre obezite danışmanlığında kendilerini yeterli hissetme durumlarına bakıldığında; obezite danışmanlığında kendisini yeterli hisseden hemşirelerin % 59.2'sinin lisans ve lisansüstü eğitimi aldıkları, yeterli danışmanlık yapamadığını ifade eden hemşirelerin %55.2'sinin ise sağlık meslek lisesi ya da önlisans mezunu oldukları saptanmıştır. Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile çocukluk çağı obezitesi danışmanlığında kendilerini yeterli hissetme durumları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre çocukluk çağı obezitesi danışmanlığında kendilerini yeterli hissetme durumları incelendiğinde; danışmanlıkta yeterli olduğunu ifade eden hemşirelerin %69'unun on yıl ve daha az süredir hemşire olarak çalıştıkları; kendisini yeterli hissetmeyen hemşirelerin %55.6'sının da meslekte on yıl ve daha az süredir çalıştıkları belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde, hemşirelerin meslekte geçirdikleri süre ile obezite danışmanlığı konusunda kendilerini yeterli hissetme durumları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hemşirelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışma sürelerine göre çocukluk çağı obezitesi danışmanlığında kendilerini yeterli hissetme

durumları değerlendirildiğinde; danışmanlıkta kendisini yeterli hissedenden hemşirelerin % 66.2'sinin 5 yıldan az bir süredir, %11.3'ünün 11 yıl ve daha uzun bir süredir birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalıştıkları; çocuklara ve ailelere obezite ile ilgili danışmanlık yapma konusunda kendisini yeterli hissetmeyen hemşirelerin %55.2'sinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışma sürelerinin 0-5 yıl, %13.8'inin de 11 yıl ve üzeri olduğu görülmüştür. Hemşirelerin birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda çalıştıkları süre ile çocukluk çağı obezitesi danışmanlığında kendilerini yeterli hissetme durumları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hemşirelerin çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katılma durumlarına göre çocukluk çağı obezitesi danışmanlığında kendilerini yeterli hissetme durumları incelendiğinde; çocuklara ve ailelere obezite ile ilgili danışmanlık yapılmasında kendini yeterli hissedenden hemşirelerin %52,1'i obezite ile ilgili bir eğitim programına katıldıklarını, %47,9'u da katılmadıklarını belirtmişlerdir. Obezite danışmanlığında kendisini yeterli hissetmediğini ifade eden hemşirelerin %89,7'si ise obezite ile ilgili bir eğitim programına katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katılma durumları ile çocukluk çağı obezitesi danışmanlığında kendilerini yeterli hissetme durumları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.12. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesinde Okullar İle İşbirliği Yapma Durumları (N=100)**

Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesinde Okullar İle İşbirliği Yapma Durumları (N=100)	İşbirliği Yapıyor		İşbirliği Yapmıyor		Toplam		test değeri
	n	%	n	%	n	%	
<b>Yaş</b>							
20-24 yaş	3	11,5	11	14,9	14	14,0	<b>X<sup>2</sup>=10,911</b>
25-29 yaş	15	57,7	17	23,0	32	32,0	<b>p=0,004</b>
30 yaş ve üzeri	8	30,8	46	62,2	54	54,0	
<b>Eğitim Düzeyi</b>							
Lisans düzeyi altı	7	26,9	38	51,4	45	45,0	<b>X<sup>2</sup>=4,639</b>
Lisans düzeyi ve üzeri	19	73,1	36	48,6	55	55,0	<b>p=0,031</b>
<b>Meslekte Geçirilen Süre</b>							
10 yıl ve altı	20	76,9	46	62,2	66	66,0	<b>X<sup>2</sup>=1,868</b>
11 yıl ve üzeri	6	23,1	28	37,8	34	34,0	<b>p=0,172</b>
<b>Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Geçirilen Süre</b>							
0-5 yıl	15	57,7	48	64,9	63	63,0	<b>X<sup>2</sup>=0,631</b>
6-10 yıl	8	30,8	17	23,0	25	25,0	<b>p=0,729</b>
11 yıl ve üzeri	3	11,5	9	12,2	12	12,0	
<b>Çocukluk Obezitesi İle İlgili Bir Eğitim Programına Katılma</b>							
Evet	24	92,3	16	21,6	40	40,0	<b>X<sup>2</sup>=40,055</b>
Hayır	2	7,7	58	78,4	60	60,0	<b>p=0,000</b>

Tablo 12’de hemşirelerin bazı özelliklerine göre çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde okullar ile işbirliği yapma durumları verilmektedir. Bölgelerindeki okullar ile çocukluk çağı obezitesinin önlenmesine yönelik olarak işbirliği yaptığını belirten hemşirelerin %11,5’i 20-24 yaş, %57,7’si 25-29 yaş, %30,8’i 30 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Bölgelerindeki okullar ile işbirliği yapmadığını ifade eden hemşirelerin de %14,9’u 20-24 yaş grubu ve %62,2’si ise 30 yaş ve üzerindedirler. Hemşirelerin yaşları ile bölgelerindeki okullarla obezitenin önlenmesi konusunda işbirliği yapma durumları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre obezitenin önlenmesinde bölgelerindeki okullar ile işbirliği yapma durumlarına bakıldığında; çocukluk çağı obezitesinin önlenmesi için okullarla işbirliği yaptığını belirten hemşirelerin %73,1’inin lisans ve lisansüstü eğitim mezunu oldukları, işbirliği yapmadığını ifade eden hemşirelerin de %52,4’ünün lisans düzeyini altında bir eğitim alarak mezun oldukları saptanmıştır. Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile çocukluk çağı obezitesinin önlenmesi konusunda bölgelerindeki okullar ile işbirliği yapma durumları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Hemşirelerin meslekte geçirdikleri süreye göre obezitenin önlenmesinde okullar ile işbirliği yapma durumları değerlendirildiğinde; okullar ile işbirliği yaptığını ifade eden hemşirelerin %76,9’unun meslekte geçirdikleri sürenin 10 yıl ve altında olduğu; okullar ile işbirliği yapmadığını belirten hemşirelerin de %62,2’sinin 10 yıl ve daha az, %37,8’inin de 11 yıl ve daha uzun süredir meslekte oldukları görülmüştür. Hemşirelerin meslekte geçirdikleri süre ile çocukluk çağı obezitesinin önlenmesi konusunda bölgelerindeki okullar ile işbirliği yapma durumları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bölgelerindeki okullar ile çocukluk çağı obezitesinin önlenmesine yönelik olarak işbirliği yaptığını belirten hemşirelerin %57,7’si birinci basamak



sağlık hizmetlerinde 0-5 yıldır, %30.8'i 6-10 yıldır çalıştıklarını belirtirlerken; okullar ile işbirliği yapmadığını ifade eden hemşirelerin %64.9'u birinci basamak sağlık hizmetlerinde 5 yıldan daha az bir süredir çalışmaktadırlar. Hemşirelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışma süreleri ile bölgelerindeki okullarla obezitenin önlenmesi konusunda işbirliği yapma durumları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hemşirelerin çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katılma durumlarına göre obezitenin önlenmesinde okullar ile işbirliği yapma durumları değerlendirildiğinde; okullarla işbirliği yaptığını ifade eden hemşirelerin %92.3'ünün bir eğitim programına katıldıkları görülmüş olup; obezitenin önlenmesinde bölgelerindeki okullar ile işbirliği yapmayan hemşirelerin %78.4'ü konu ile ilgili bir eğitim programına katılmadıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katılıp katılmamaları ile bölgelerindeki okullar ile obezitenin önlenmesi konusunda işbirliği yapma durumları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.13. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Obezitesini Önlemeye Yönelik Girişimde Bulunma Durumları (N=100)**

Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Çocukluk Obezitesini Önlemeye Yönelik Girişimde Bulunma Durumları (N=100)	Girişimde Bulunan		Girişimde Bulunmayan		Toplam		test değeri
	n	%	n	%	N	%	
<b>Yaş</b>							
20-24 yaş	11	16,7	3	8,8	14	14,0	X <sup>2</sup> =2,572
25-29 yaş	23	34,8	9	26,5	32	32,0	p=0,276
30 yaş ve üzeri	32	48,5	22	64,7	54	54,0	
<b>Eğitim Düzeyi</b>							
Lisans düzeyi altı	29	43,9	16	47,1	45	45,0	X <sup>2</sup> =0,088
Lisans düzeyi ve üzeri	37	56,1	18	52,9	55	55,0	p=0,766
<b>Meslekte Geçirilen Süre</b>							
10 yıl ve altı	42	63,6	24	70,6	66	66,0	X <sup>2</sup> =0,483
11 yıl ve üzeri	24	36,4	10	29,4	34	34,0	p=0,487
<b>Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Geçirilen Süre</b>							
0-5 yıl	42	63,6	21	61,8	63	63,0	X <sup>2</sup> =0,059
6-10 yıl	16	24,2	9	26,5	25	25,0	p=0,971
11 yıl ve üzeri	8	12,1	4	11,8	12	12,0	
<b>Çocukluk Obezitesi İle İlgili Bir Eğitim Programına Katılma</b>							
Evet	34	51,5	6	17,6	40	40,0	X <sup>2</sup> =10,725
Hayır	32	48,5	28	82,4	60	60,0	p=0,001

Tablo 13’de hemşirelerin bazı özelliklerine göre çocukluk çağı obezitesini önlemeye yönelik girişimde bulunma durumları verilmektedir. Hemşirelerin yaş gruplarına göre obeziteyi önlemeye yönelik girişimlerde bulunma durumlarına bakıldığında; obeziteyi önleme ile ilgili girişimlerde bulunduğunu ifade eden hemşirelerin %14,1’inin 20-24 yaş, %36,6’sının 25-29 yaş ve %49,3’ünün de 30 yaş ve üzerinde oldukları görülmüştür. Çocukluk çağı obezitesini önlemeye yönelik herhangi bir girişimde bulunmayan hemşirelerin %64,7’si de 30 ve üzeri yaş grubundadır. Hemşirelerin yaşları ile çocukluk çağı obezitesini önlemeye yönelik girişimlerde bulunma durumu arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır (  $p>0.05$ ).

Obeziteyi önlemeye yönelik girişimlerde bulunduğunu belirten hemşirelerin eğitim düzeylerine bakıldığında %43.9’unun lisans düzeyi altı, %56.1’inin de lisans düzeyi ve üzeri bir eğitim aldıkları görülmüştür. Obeziteyi önlemeye yönelik girişimlerde bulunmayan hemşirelerin %47.1’i lisans düzeyi altında bir eğitime sahipken, %52.9’u lisans ve lisansüstü mezunlardır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim düzeyleri ile çocukluk çağı obezitesini önlemeye yönelik girişimlerde bulunma durumları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır (  $p>0.05$ ).

Hemşirelerin meslekte geçirdikleri süreye göre çocukluk çağı obezitesini önlemeye yönelik girişimde bulunma durumlarına bakıldığında; obeziteyi önlemeye yönelik girişimlerde bulunduğunu belirten hemşirelerin %63.6’sı 10 yıl ve daha az, %36.4’ü ise 10 yıldan daha uzun süreli bir mesleki deneyimlerinin olduğunu belirtmişlerdir. Çocukluk çağı obezitesini önleme ile ilgili bir girişimde bulunmadığını ifade eden hemşirelerin de %70.6’sı 10 yıl ve altında bir mesleki deneyime sahiptirler. Hemşirelerin meslekte geçirdikleri süre ile çocukluk çağı obezitesini önlemeye yönelik girişimlerde bulunma durumu arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır (  $p>0.05$ ).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde geçirilen süreye göre çocukluk obezitesini önlemeye yönelik girişimde bulunma durumuna bakıldığında; çocukluk obezitesini önlemeye yönelik girişimde bulunan hemşirelerin %63,6'sının 0-5 yıl, %24,2'sinin 6-10 yıl, %12,1'inin de 11 yıl ve üstü süredir birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli oldukları saptanmıştır. Çocukluk ağı obezitesini önlemeye yönelik girişimde bulunmadığını belirten hemşirelerin %61,8'i 0-5 yıl, %26,5'i 6-10 yıl ve %11,8'i de 11 yıl ve daha uzun bir süredir birinci basamak sağlık hizmetlerindedirler. Hemşirelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapma süreleri ile çocukluk ağı obezitesini önlemeye yönelik girişimlerde bulunma durumu arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı değildir(  $p>0.05$ ).

Obeziteyi önlemeye yönelik girişimlerde bulunduğunu belirten hemşirelerin %51.5'i obezite ile ilgili bir eğitim programına katılmadıklarını belirtirlerken, %48.5'i konu ile ilgili eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Çocukluk ağı obezitesini nleme konusunda girişimlerde bulunmadıklarını belirten hemşirelerin %82.4' ise konu ile ilgili eğitim programlarına katılmadıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin obezite ile ilgili bir eğitim programına katılma durumları ile çocukluk ağı obezitesini önlemeye yönelik girişimlerde bulunma durumları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur (  $p<0.05$ ).

**Tablo 4.14. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Çocukluk Çağı Obezitesinin Belirlenmesinde Kullanılan Tanı Yöntemlerini Bilme Durumları (N=100)**

Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Çocukluk Obezitesinin Belirlenmesinde Kullanılan Tanı Yöntemlerini Bilme Durumları (N=100)	Bazı Göre Çağı	Tanı Yöntemlerini Bilen		Tanı Yöntemlerini Bilmeyen		Toplam		test değeri
		n	%	n	%	N	%	
<b>Yaş</b>								
20-24 yaş		7	20,0	7	10,	14	14,0	<b>X<sup>2</sup>=14,184</b> <b>p=0,001</b>
25-29 yaş		18	51,4	14	21,5	32	32,0	
30 yaş ve üzeri		10	28,6	44	67,7	54	54,0	
<b>Eğitim Düzeyi</b>								
Lisans düzeyi altı		11	31,4	34	52,3	45	45,0	<b>X<sup>2</sup>=4,007</b> <b>p=0,045</b>
Lisans düzeyi ve üzeri		24	68,6	31	47,7	55	55,0	
<b>Meslekte Geçirilen Süre</b>								
10 yıl ve altı		27	77,1	39	60,0	66	66,0	<b>X<sup>2</sup>=2,979</b> <b>p=0,084</b>
11 yıl ve üzeri		8	22,9	26	40,0	34	34,0	
<b>Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Geçirilen Süre</b>								
0-5 yıl		27	77,1	36	55,4	63	63,0	<b>X<sup>2</sup>=4,812</b> <b>p=0,090</b>
6-10 yıl		6	17,1	19	29,2	25	25,0	
11 yıl ve üzeri		2	5,7	10	15,4	12	12,0	
<b>Çocukluk Obezitesi İle İlgili Bir Eğitim Programına Katılma</b>								
Evet		30	85,7	10	15,4	40	40,0	<b>X<sup>2</sup>=46,886</b> <b>p=0,000</b>
Hayır		5	14,3	55	84,6	60	60,0	

Hemşirelerin bazı özelliklerine göre çocukluk çağı obezitesinin belirlenmesinde kullanılan tanı yöntemlerini bilme durumlarına bakıldığında (Tablo 13); obezitede tanı yöntemlerini bildiğini belirten hemşirelerin %20'sinin 20-24 yaş, %51,4'ünün 25-29 yaş ve %28,6'sının da 30 ve üzeri yaş grubunda oldukları görülmüştür. Obezitede kullanılan tanı yöntemlerini bilmeyen hemşirelerin %10.8'i 20-24 yaş ve %67.7'si de 30 yaş ve üzerindedir. Hemşirelerin yaşları ile çocukluk çağı obezitesinde kullanılan tanı yöntemlerini bilme durumu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre çocukluk obezitesinde kullanılan yöntemleri bilme durumları değerlendirildiğinde; kullanılan tanı yöntemlerini bildiğini ifade eden hemşirelerin %31.4'ü lisans düzeyinin altında bir eğitime sahipken, %68.6'sının lisans düzeyi ve üzerinde bir eğitim aldıkları görülmüştür. Çocukluk çağı obezitesinin tanısında kullanılan yöntemleri bilmediğini belirten hemşirelerin %52.3'ü lisans düzeyinin altında bir eğitim almışken %47.7'si ise lisans ve lisansüstü eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile çocukluk çağı obezitesinde kullanılan tanı yöntemlerini bilme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin meslekte geçirdikleri süreye göre çocukluk obezitesinde kullanılan yöntemleri bilme durumlarına bakıldığında; kullanılan tanı yöntemlerini bildiğini ifade eden hemşirelerin %77.7'sinin 10 yıl ve daha az bir süredir hemşirelik yaptıkları saptanmıştır. Obezite tanısında kullanılan yöntemleri bilmeyen hemşirelerin %60'ı 10 yıl ve daha az, %40'ı da 11 yıl ve daha uzun süredir hemşire olarak çalıştıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin meslekte geçirdikleri süre ile çocukluk çağı obezitesinde kullanılan tanı yöntemlerini bilme durumu arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde geçirilen süreye göre hemşirelerin çocukluk çağı obezitesinde kullanılan tanı yöntemlerini bilme durumlarına

bakıldığında; tanı yöntemlerini bildiğini belirten hemşirelerin %77.1'inin 5 yıl ve daha az bir süredir, %17.1'inin 6-10 yıldır, %5.7'sinin de 11 yıl ve daha uzun süredir birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yaptıkları belirlenmiştir. Obezitenin belirlenmesinde kullanılan yöntemleri bilmeyen hemşirelerin %55.4'ü 0-5 yıl, %29.2'si 6-10 yıl ve %15.4'ü de 11 yıl ve daha uzun süredir birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmaktadırlar. Hemşirelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışma süreleri ile çocukluk çağı obezitesinde kullanılan tanı yöntemlerini bilme durumu arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır (  $p > 0.05$ ).

Çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katıldığını ifade eden hemşirelerin %85.7'si çocukluk çağı obezitesinde kullanılan tanı yöntemlerini bildiklerini belirtirlerken; bir eğitim programına katılmamış olan hemşirelerin %84.6'sı obezitede tanı yöntemleri ile ilgili bilgilerinin olmadığını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katılıp katılmamaları ile çocukluk çağı obezitesinde kullanılan tanı yöntemlerini bilme durumları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştu ( $p < 0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Obezite, son yıllarda sıklığı giderek artan bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Değişen sosyal yapı ile ortaya çıkan beslenme alışkanlıkları, teknolojideki gelişmeler ve fiziksel aktivitelerin azalması, obezitenin çocukluk döneminde de önemli bir sağlık sorunu olmasına yol açmıştır. Çocukluk çağında ortaya çıkan obezite ise gerek çocukluk döneminde gerekse erişkin dönemde çeşitli fiziksel ve psikososyal sorunlara yol açtığından, çocukluk çağı obezitesinin kontrolü giderek önem kazanmıştır (52).

Sağlıklı olmayı etkileyen temel davranışların başında "yeterli ve dengeli beslenme" yer almaktadır. Sağlıklı beslenme; doğrudan birey, aile ve toplumun sağlık potansiyelinin geliştirilmesi ve iyilik düzeyinin yükseltilmesine önemli katkı sağlar (57). Değişen sosyal yapı ile ortaya çıkan beslenme alışkanlıkları, teknolojideki gelişmeler ve fiziksel aktivitenin azalması nedeniyle çocukluk ve adolesan dönemde de bir sağlık sorunu haline gelen obezite; sağlığı bozacak ölçüde yağ dokularında aşırı miktarda yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır (52,37). Diğer bir tanımla obezite, vücut yağ oranının artması ve davranış, endokrin ve metabolik değişikliklerle karakterize karmaşık, multifaktöriyel bir hastalıktır (46).

Obezite genel olarak erişkinlerin sağlık sorunları arasında yer almakla birlikte dünyada son on yılda çocuklar ve ergenler arasında da görülüş sıklığının arttığı izlenmektedir (71,84). Obezite çocuk ve ergenlerin %35-30'unu etkileyen önemli bir beslenme sorunudur (83). ABD'de 2-19 yaş grubu çocuklar ve ergenlerin %16,3'ünün obez olduğu bildirilmiştir (46). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre Avrupa Bölgesi'ndeki tüm yetişkinlerin yarısı ve çocukların ise beşte biri kiloludur. Bu çocukların da üçte biri obez olup rakamlar hızla artmaktadır.

Ülkemizde 2009 yılında yapılan "Türkiye Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ)" Projesinde 6-9 yaş grubunda şişmanlık sıklığı %6,5 ve hafif şişman olma oranı ise %14,3 olarak bulunmuştur. Araştırma



sonuçları her beş çocuktan birinin kilolu olma ile ilişkili hastalıklar açısından risk altında olduğunu göstermiştir (84). Türkiye'nin 2013 yılında dahil olduğu ve DSÖ Avrupa Ofisi'nce yürütülen "Avrupa Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması" sonuçlarına göre de ülkemizde 7-8 yaş grubundaki çocukların yüzde 22,5'i şişman, yüzde 2,1'i zayıf olarak belirlenmiştir. Kızlarda şişmanlık prevalansı (kilolu dahil) %21,6, erkeklerde şişmanlık prevalansı ise (kilolu dahil) %23,3 bulunmuştur. Türkiye'de çocuklar arasında yaşanan bölge, yerleşim biriminin yapısı ve cinsiyete göre zayıflık ve şişmanlık sorunu farklılıklar göstermektedir. Kırsal bölgede zayıflık prevalansı yüksek, kentsel bölgede ise şişmanlık prevalansı yüksektir (57).

Çocukluk çağı obezitesindeki bu hızlı artış birçok fizyolojik ve psikolojik soruna yol açarak ülke ekonomilerini de olumsuz yönde etkilemektedir (86). Obezite bulaşıcı olmayan hastalık oranlarının artmasına, yaşam süresinin kısalmasına neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Çocuklarda obezite, erken yaşlarda pek çok kronik hastalığın gelişmesi için de risk faktörüdür. (3,46,84). Obezitenin neden olduğu sağlık sorunlarının başında kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, serebrovasküler hastalıklar, bazı kanser türleri ve kas iskelet sistemi hastalıkları gelmektedir (57,52,84,83,86). Ayrıca obez çocuklarda ortaya çıkan benlik saygısında düşme, özgüven eksikliği, depresyon ve sosyal ilişkilerden uzaklaşma gibi psikososyal sorunlar, bu çocukların ileri yaşlarda uyum sorunları yaşamalarına neden olabilmektedir (84,86).

Obezitenin ileri yaşlarda çok ciddi sağlık sorunlarına yol açması nedeniyle çocukluk ve ergenlik döneminde obeziteden korunma giderek önem kazanmaktadır (83). İlk 6 ay yalnızca anne sütü alınmasının desteklenmesi, ebeveynlere ve çocuklara beslenme konusunda danışmanlık yapılması, beslenme alışkanlıklarının gözden geçirilerek hatalı uygulamaların

düzeltilmesi ve fiziksel egzersizin desteklenmesi, çocukluk obezitesinden korunmaya yönelik girişimler arasında yer almaktadır (84,83).

Hemşireliğin bir disiplin olarak; beslenme, sağlığın yükseltilmesi ve aile ile etkili etkileşimde bulunma işlevlerinde önemli bir yeri vardır. Aynı zamanda hemşirelik, sağlık hizmetlerinin çeşitli alanlarında çocuk ve ailesiyle en fazla birlikte olan mesleklerden biridir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin, obeziteden korunma ve tedavisi ile ilgili tüm girişimlerde önemli sorumlulukları bulunmaktadır (46). Büyümenin izlenmesi ve çocuk gelişiminde aile ve AÇS hemşirelerinin yüksek frekansı göz önüne alındığında mevcut obezite önleme uygulamaları ve bu tür uygulamaları cazip hale getirebilmek için hemşirelerin daha fazla fikir ve bilgiye sahip olmaları gerekmektedir (86).

Hemşireler obezitenin fiziksel ve psikososyal sonuçlarını azaltmak için obez, fazla kilolu çocuklara ve ailelerine kullanabileceği yardımcı stratejiler sağlamalıdır (63). Primer önleyici çabalar erken çocukluk döneminde başlamış ise optimum etkileri olması muhtemeldir (20).

Kronik bir sağlık sorunu olan obezitenin ortaya çıkmasının önlenmesinde, erken dönemde belirlenmesinde ve olumsuz etkileri ile baş etmenin kolaylaştırılmasında, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler kilit roledirler. Bu gerçekten hareketle, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin çocukluk obezitesi hakkındaki bilgilerinin ve uygulamalarının belirlenmesi amacı ile planlanmış olan bu çalışmanın evrenini İstanbul il merkezinde bulunan Esenler, Şişli ve Beşiktaş ilçelerindeki 46 Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapan 100 hemşire oluşturmuştur.

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin hemen hemen tamamı (%99) kadın olup %51'i 31 yaş ve üzerindedir. Hemşirelerin eğitim düzeylerine bakıldığında % 51'inin lisans mezunu oldukları görülmüş olup yüksek lisans ya da doktora mezunu olanların oranı yalnızca %4'tür. Hemşirelerin meslekte

geçirdikleri süre değerlendirildiğinde %28'inin 5 yıl ve daha az, %38'inin 6-10 yıllık mezun oldukları saptanmış olup %34'ü ise 10 yılı aşkın süredir hemşirelik yaptıklarını belirtmişlerdir. Yine araştırma kapsamındaki hemşirelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalıştıkları süre değerlendirdiğinde yarısından çoğunun (%63) 5 yıl ve daha az bir süredir birinci basamakta görev yaptıkları belirlenmiştir. Bu iki bulgu birlikte değerlendirildiğinde; çalışma grubumuzda yeni mezun olanların azınlıkta olduğu ancak büyük bir kısmının birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışma sürelerinin kısa olduğu söylenebilir (Tablo4.1.)

Çocukluk çağı obezitesinin ortaya çıkmasında bir çok faktörün etkili olduğu düşünülmektedir. Beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler, üzerinde en çok durulan faktörler arasındadır (58,43).Bu çalışmadaki hemşirelerin büyük bir kısmı kötü yeme alışkanlıklarının(%96) ve fast food beslenmenin(%91) çocukluk obezitesine yol açtığı görüşündedirler (Tablo 4.3.) Nauta ve arkadaşlarının (2009), okul hemşirelerinin çocukluk obezitesi ile ilgili bilgilerini belirlemeyi amaçlayan çalışmalarında hemşirelerin tamamına yakınının olumsuz beslenme davranışlarının çocukluk çağı obezitesine yol açtığı görüşünde oldukları belirlenmiştir. Yiğit ve arkadaşlarının (2015) yine okul hemşirelerinin çocukluk çağı obezitesi üzerine görüşlerini ve deneyimlerini içeren araştırmalarında da sağlıksız beslenme alışkanlıkları, en sık ifade edilen nedenler arasında yer almıştır. Bu sonuçlar, bizim çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir.

Anne ya da babanın obez olması durumunda çocukta obeziteye yatkınlık ortaya çıkabilmekte, her ikisinin obez olması durumunda ise risk daha da artmaktadır. Obeziteye genetik yatkınlığı bulunan bireylerde çeşitli çevresel faktörlerin ve alışkanlıkların varlığı, obezitenin ortaya çıkması açısından önem kazanmaktadır (15,64). Gümüşsoy (2014) okul çağı çocuklarında obezite prevalansı ve beslenme alışkanlıkları ile ilişkisini belirlemeyi amaçlayan çalışmasında genetik faktörlerin çocukluk çağı obezitesine yol açan faktörler arasında önemli bir yer tuttuğunu belirlemiştir.

Bu çalışmada hemşirelerin %67'si genetik faktörleri çocukluk çağı obezitesine neden olan bir faktör olarak belirtmişlerdir.

Literatürde çocuğun ve ailesinin beslenme alışkanlıkları ve aktivite durumu ile obezitenin çok yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir(4,79). Nauta ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarında yer alan hemşirelerin %97'si fiziksel aktivite azlığını obeziteye yol açan bir faktör olarak belirtmelerine karşın, bu çalışmada sedanter yaşam tarzının hemşirelerin yalnızca %33'ü tarafından belirtilmesi dikkat çekici bir bulgudur. Bu bulgu doğrultusunda, çocukluk çağı obezitesini engelleyen en önemli parametre olduğu bilinen fiziksel aktivite azlığı konusunda hemşirelerin bilgi eksikliklerinin olduğu düşünülebilir.

Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda sosyoekonomik düzeyi yüksek ailelerin okul çağındaki çocuklarında obezite prevalansının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (79,82,29). Konu ile ilgili olarak dünyada yapılan bazı araştırmalarda da ekonomik düzeyi yüksek ailelerin çocuklarında obezite prevalansının yüksek olduğu belirtilmiştir (45,77). Çalışmamızda ise bu bulguların tersine hemşirelerin %29'u düşük sosyoekonomik düzeyi obezite nedenleri arasında belirtmişlerdir.

Çocukluk çağında ortaya çıkan obezite bir çok fiziksel, duygusal ve psikososyal sorunlara neden olurken akademik ve toplumsal sorunlara yol açmakta; çocukluk dönemi ile birlikte erişkin dönemde de çeşitli kronik hastalıklara neden olabilmektedir.(53,53).Obezite kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin %39'unun, kalp damar hastalıkları ve hipertansiyonu çocukluk çağı obezitesinin erişkin dönemde yol açacağı riskler arasında belirtmeleri olumlu bir bulgudur (Tablo4.4).Çocukluk çağı obezitesinin en sık görülen komplikasyonlarından biri de tip 2 diyabetes mellitus ile sonuçlanmasıdır. (53,58,63). Bu çalışmada ise hemşirelerin yalnızca %25'i diyabeti, obezitenin yol açacağı riskler arasında belirtmişlerdir. Çocukluk çağı obezitesinin yol açacağı karaciğerde yağlanma, uyku apnesi , kemik eklem ve bağ dokusu

hastalıkları gibi diğer sorunların ise çalışma kapsamına alınan hemşireler tarafından ifade edilmemiş olması hemşirelerin çocukluk çağı obezitesinin yol açacağı riskler ile ilgili bilgilerinin yeterli olmadığı düşündürmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin büyük bir kısmının (%65) çocukluk çağı obezitesinin belirlenmesinde kullanılan tanı yöntemlerini bilmediklerini ifade ettikleri görülmüştür (Tablo 4.5). Yöntemleri bildiğini belirten hemşirelerin %25.7'si beden kitle indeksinin kullanıldığını belirtirken; %22.9'u kan testlerinin kullanıldığını ifade etmişler, ancak yararlanılan testlerle ilgili bilgi verememişlerdir. Aynı oranda hemşire ise vücut ağırlığı kontrolünün obezite tanısında kullanılan bir yöntem olduğunu söylemiştir. Çocuklar obezite açısından değerlendirilirken özellikle boyları göz önüne alınarak çocuğun ağırlığı ideal ağırlık ile karşılaştırılmaktadır. Yaş ve cinsiyete göre düzenlenmiş boy ve vücut ağırlığını içeren persantil eğrilerinden yararlanılarak çocuğun boy yaşına uygun ağırlığı bulunmaktadır (58). Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yalnızca %11.4'ü persantil eğrilerinin kullanılacağını dile getirmişlerdir. Nauta ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarında ise hemşirelerin %34.7'si boya göre vücut ağırlığı hesabını, %27.3'ü de beden kitle indeksini kullandıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda obezite tanısında kullanılan vücuttaki yağın direkt ve indirekt ölçümü ile cilt kıvrım kalınlığı ölçümü de hemşireler tarafından dile getirilmemiştir.

Hemşirelerin bazı özelliklerinin çocukluk çağı obezitesi tanısında kullanılan yöntemleri bilme durumuna etkisi değerlendirildiğinde; tanı yöntemlerini bildiğini ifade edenlerin yarıdan çoğunun 25-29 yaş grubunda oldukları, bilmediğini ifade edenlerin ise %67.7'sinin 30 yaş ve üzerinde oldukları; kullanılan tanı yöntemlerini bildiğini belirten hemşirelerin çoğunun (%68.6) lisans düzeyi ve üzerinde bir eğitim aldıkları, %60'ının 10 yıl ve daha az bir süredir hemşirelik yaptıkları ve %77.1'inin de 5 yıl ve daha kısa bir süredir aile sağlığı merkezinde çalıştıkları görülmüştür (Tablo 4.14). Hemşirelerin yaşları ve eğitim düzeyleri ile çocukluk çağı obezitesini belirlemek amacıyla kullanılan yöntemleri bilme durumu arasında istatistiksel

yönden de anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu bulgular doğrultusunda genç ve eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin obezite tanısında kullanılan yöntemlerle ilgili bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu söylenebilir. Hemşirelerin çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katılma durumlarının obezite tanısında kullanılan yöntemlerle ilgili bilgi düzeylerine etkisi incelendiğinde ise; konu ile ilgili bir eğitim programına katıldığını belirtenlerin büyük bir kısmının (%85.7) tanı yöntemlerinde de bilgilerinin yeterli olduğunu ifade ettikleri görülmüş olup eğitim programına katılma durumu ile tanı yöntemlerini bildiğini ifade etme arasındaki fark ta anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Bu bulgu da çocukluk çağı obezitesi ile ilgili alınan eğitimin, obezite tanısında kullanılan yöntemleri bilme durumunu olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Çalışma grubunda yer alan hemşirelerin %71'i çocukluk obezitesi danışmanlığında kendilerini yeterli hissettiklerini belirtirken; yetersiz hissettiğini ifade edenlerin oranı %9'dur (Tablo 4.6). Yetersiz hissedilen alanlar ise sırasıyla çocukluk obezitesi (%41.4), beslenme danışmanlığı (%20.7), fiziksel aktivite (%17.2), diyabet (%13.8) ve ailelere beslenme danışmanlığı (%6.9) şeklindedir. Hemşireler ailelerle etkileşimde eşsiz bir pozisyonda bulduklarından, çocuklarda aşırı kilo ve obezitenin önlenmesi ile mücadelede de anahtar roledirler. Literatürde sağlık ve sağlığın geliştirilmesi konularında düzenli ve programlı danışmanlık yapan hemşirelerin, obezite gibi özellikle yaşam kalitesi ve iyilik halini etkileyen kronik durumlarda, yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu yönde etkiledikleri vurgulanmaktadır (40,57). Yılmaz'ın (2014) obez lise öğrencilerine sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisini belirlemeyi amaçlayan çalışmasında; deney grubundaki öğrencilere sağlığı geliştirme modeli rehber alınarak planlanmış, obeziteye bağlı sağlık sorunlarının azaltılmasına yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmek ve yaşam kalitesini artırmak için verilen eğitimin, adölesanların yaşam kalitesi ölçeği ve tüm alt

boyutlarındaki puan ortalamasında artış sağladığı saptanmıştır. Bu bilgiler ışığında bakıldığında, çalışma kapsamında yer alan hemşirelerin büyük bir kısmının obezite danışmanlığında yeterli olduklarını ifade etmeleri olumlu bir bulgu olarak yorumlanabilir.

Hemşirelerin bazı özelliklerine göre çocukluk çağı obezitesi danışmanlığında kendilerini yeterli hissetme durumları incelendiğinde (Tablo 4.11); danışmanlıkta kendisini yeterli hissettiğini ifade eden hemşirelerin %49.3'ünün 30 yaş ve üzerinde oldukları görülmüştür. Eğitim düzeylerine göre bakıldığında; lisans düzeyi ve üzerinde eğitime sahip olan hemşirelerin %59.2'si danışmanlık konusunda kendilerini yeterli hissettiklerini belirtirken lisans eğitimini tamamlamamış olan hemşirelerde bu oran %40.8'dir. Aynı grupta yarıdan çoğu da (%55.2) obezite danışmanlığı konusunda yeterli olmadıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgu eğitim düzeyinin artmasının danışmanlık becerilerini olumlu yönde etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir. Çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katılmanın, obezite danışmanlığında kendini yeterli hissetme durumuna etkisi değerlendirildiğinde; danışmanlık verme konusunda yeterli olmadığını düşünen hemşirelerin büyük bir kısmının (%89.7) çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim almamış oldukları ve eğitim programına katılma ile danışmanlık konusunda kendisini yeterli hissetme durumu arasında istatistiksel olarak ta anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Bu bulgu doğrultusunda hemşirelere çocukluk çağı obezitesi ile ilgili verilen eğitimlerin obezite danışmanlığını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Hemşirelere çocukluk çağı obezitesini önlemeye yönelik girişimleri olup olmadığı sorulduğunda %66'sı çeşitli girişimlerde bulduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.7). Hemşirelerin bazı özelliklerine göre çocukluk çağı obezitesini önlemeye yönelik girişimlerde bulunma durumlarına bakıldığında ise (Tablo 4.13); obeziteyi önleyici girişimlerde bulunduğunu ifade eden hemşirelerin %48.5'inin 30 yaş ve üzerinde oldukları; yarıdan çoğunun (%56.1) lisans düzeyi ve üzerinde bir eğitime sahip oldukları; %63.6'sının

meslekte çalışma sürelerinin 5 yıl ve altında olduğu; aynı oranda hemşirenin de birinci basamak sağlık hizmetlerinde 0-5 yıldır çalışıyor oldukları belirlenmiştir. Çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katıldığını ifade eden hemşirelerin %51.5'i de, istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde obeziteyi önleyici girişimlerde bulduklarını belirtmişlerdir ( $p < 0.05$ ). Bu bulgular obezite ile ilgili bir eğitim programına katılmış, lisans düzeyinde ve üzeri bir hemşirelik eğitimi aldığını ifade eden ve meslekte daha deneyimli hemşirelerin, daha ağırlıklı olarak çocukluk obezitesi ile ilgili girişimlerde bulduklarını göstermektedir. Hemşireler tarafından en sık ifade edilen obeziteyi önleyici girişimler ise çocuğa ve aile bireylerine beslenme eğitimi (%57.5) ile beslenme uzmanına yönlendirme (%15.2) olmuştur. Hemşirelerin yarısından çoğu (%54.5) sorumlu oldukları nüfusta da obez çocuk olduğunda beslenme uzmanına yönlendirdiklerini belirtmişlerdir.

Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi ve fiziksel aktivite düzeyinin artırılması, çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde okulların yapabilecekleri aktiviteler arasındadır (86). Çalışma kapsamında yer alan hemşirelerin %24'ü kantinlerde sağlıksız yiyeceklerin satışının önlenmesi, %15'i çocuklara spor ve aktivite yaptırılması, %13'ü ailelere obezite hakkında bilgi verilmesi ve %10'u da öğün saatlerinin düzenlenmesinin, obezitenin önlenmesinde okulun rolü olduğu görüşündedirler. Okulun sorumluluk alanına girdiği düşünülen ve daha az sıklıkta belirtilen diğer konular ise ailelere ve çocuklara yönelik beslenme eğitimi, öğretmenlerin konu ile ilgili bilgilendirilmesi, kantin denetimi ve kamu spotu hazırlanması olmuştur (Tablo 4.8). Nauta ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarında da hemşirelerin büyük bir kısmının (%67.6) okullarda sağlıksız yiyecek satışlarının önlenmesi ve %38.6'sının da fiziksel aktiviteye yer verilmesi görüşünde olmaları, bu çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin çocukluk çağı obezitesinin önlenmesi için okullara çeşitli sorumluluklar düştüğü görüşünde olmalarına karşın yalnızca %26'sı, konuya ilişkin bölgelerindeki okullar ile işbirliği



yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.9). Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin tamamı çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde okulun çeşitli rolleri olduğu görüşünde olsalar da okullarla işbirliği yaptığını belirten hemşirelerin azınlıkta olması, aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hemşirelerin iş yüklerinin fazla olması ya da sağlığı geliştirici eğitim ve danışmanlık hizmetlerini rolleri kapsamında görmemeleri ile açıklanabilir.

Okullarla işbirliği yaptığını belirten hemşirelerin bazı özelliklerine bakıldığında ise (Tablo 4.12); büyük bir kısmının (%88.5) 25 yaş ve üzerinde oldukları; %73.1'inin lisans düzeyi ve üzerinde bir eğitim almış oldukları; 10 yıl ve daha kısa süredir hemşirelik yapanların çoğunlukta (%79.9) olduğu; ancak yarıdan çoğunun (%57.7) birinci basamak sağlık hizmetlerinde geçirdikleri sürenin kısa olduğu ve neredeyse tamamının (%92.3) çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katıldıkları görülmüştür. Hemşirelerin yaşı, eğitim düzeyi ve çocukluk obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katılma durumları ile okullarla konu ile ilgili işbirliği yapmaları arasındaki fark istatistiksel yönden de anlamlıdır ( $p < 0.05$ ).

## 6. SONUÇLAR

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin çocukluk obezitesi hakkındaki bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Hemşirelerin %30'u 26-30 yaş grubunda olup %99'u kadındır ve yarısından çoğu (%51) lisans mezunudur. Meslekte geçirilen süreye bakıldığında 6-10 yıllık mezun olanların %38 ile çoğunluğu oluşturduğu görülmüştür. Hemşirelerin %63'ü ise birinci basamak sağlık hizmetlerinde 6 yıldan daha az bir süredir çalıştıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.1.).

Hemşirelerin %60'ı çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katılmadıklarını, eğitim programlarına katılanların az bir bölümü (%22.5) aldıkları eğitimden yararlandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.2).

Hemşirelerin %96'sı sağlıksız yeme alışkanlıklarının, %91'i fast-food beslenmenin, %73'ü hormonal problemlerin ve %67'si de genetik nedenlerin obeziteye yol açtığı görüşündedirler (Tablo 4.3).

Çocukluk çağı obezitesinin erişkin dönemde yol açacağı risklerle ilgili olarak diyabet (%25) ve kalp-damar hastalıkları, en çok belirtilen risklerdir (Tablo 4.4).

Hemşirelerin büyük bir kısmı (%65) çocukluk çağı obezitesinin belirlenmesinde kullanılan tanı yöntemlerini bilmediklerini ifade ederlerken; tanı yöntemlerini bildiğini belirten hemşirelerin %25.7'si beden kitle indeksinin hesaplanması, %22.9'u kan testleri ve aynı oranda hemşire de vücut ağırlığı kontrolünü tanı yöntemi olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.5).

Hemşirelerin %71'i çocukluk çağı obezitesi danışmanlığında yeterli oldukları görüşündedirler (Tablo 4.6).

Hemşirelerin %66'sı çocukluk çağı obezitesini önlemeye yönelik girişimlerde bulduklarını ifade ederlerken en sık kullanılan girişimler sağlık ve beslenme eğitimi (%33.3), aileye çocuk beslenmesine ilişkin eğitim (%24.2) ve beslenme uzmanına yönlendirme (%15.2) olmuştur (Tablo 4.7).

Hemşirelerin %24'ü okul kantinlerinde sağlıklı yiyeceklerin önlenmesi, %15'i de okullarda çocuklara fiziksel aktivitenin yaptırılmasının, obezite ile mücadelede okulların sorumluluğu olduğu görüşündedirler. Okullarda obezite ile ilgili çocukların ve öğretmenlerin bilgilendirilmesi ise, hemşirelerin az bir bölümü (%9 ve %8) tarafından dile getirilmiştir (Tablo 4.8).

Hemşirelerin çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde bölgelerindeki okullarla ve diğer kuruluşlarla işbirliği yapma durumları değerlendirildiğinde; %74'ünün okullarla, %63'ünün de diğer kuruluşlarla işbirliği yapmadıkları saptanmıştır (Tablo 4.9).

Hemşirelerin %23'ü aileleri çocuklarını aktivite ve spora teşvik etmeleri yönünde uyardıklarını, %22'si beslenme eğitimi verdiklerini, %10'u aile sağlığı merkezi ile ailenin işbirliğini desteklediklerini belirtirlerken; anne sütü (%6.0) ve hazır gıdalardan kaçınılması (%6.0) konusunda aileleri bilgilendirdiğini ifade edenler azınlıkta yer almıştır (Tablo 4.10).

Çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katılmayanların, obezite danışmanlığında kendilerini anlamlı düzeyde yetersiz hissettikleri saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.11).

30 yaş ve üzerinde olanların, lisans eğitimi almamış olanların ve çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katılmamış olanların, çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde okullarla işbirliği yapma durumları yetersiz bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.12).

Çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katılmayanların, obeziteyi önlemeye yönelik girişimlerde anlamlı düzeyde yer almadıkları saptanmıştır (  $p<0.05$ ) (Tablo 4.13).

30 yaş ve üzerinde olanların, lisans eğitimi almamış olanların ve çocukluk çağı obezitesi ile ilgili bir eğitim programına katılmamış olanların, çocukluk çağı obezitesi tanısında kullanılan yöntemlerle ilgili bilgileri yetersiz bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.15).



## 7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin;

Çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde önemli sorumlulukları olduğu gerçeğinden hareketle konu ile ilgili eğitim programlarına düzenli olarak katılarak bilgilerini güncellemelerinin sağlanması,

Sorumlu oldukları bölgedeki okullarla obezite ile mücadele konusunda işbirliği yapmalarının desteklenmesi,

Prenatal dönemden başlayarak annelere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirici girişimlerde bulunmaları ve obezite ile mücadele yöntemleri konusunda düzenli eğitim vermeleri,

Sorumlu oldukları nüfustaki tüm bireyleri sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi ve çocukluk çağı obezitesinin çocukluk ve erişkin dönemde yol açacağı olumsuz durumlar ve riskler konusunda bilgilendirmeleri,

Çocuğun büyüme ve gelişmesini düzenli olarak izlemeleri ve vücut ağırlığının kontrolüne önem vererek obezitenin erken dönemde belirlenmesine katkıda bulunmaları önerilebilir.

## 8. KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayın2, İstanbul, 2003.
2. Alikasıfoğlu A, Yordam N. Obezitenin Tanımı ve Prevalansı. Katkı Pediatri Dergisi 2000; 21 (4): 475-481.
3. Alpcan, A., & Durmaz, Ş. A. (2015). Çağımızın dev sorunu: çocukluk çağı obezitesi. TURKISH JOURNAL of CLINICS and LABORATORY, 6(1), 30-38.
4. Altınkan H. (2013). Karaman İlinde 6-19 Yaş Grubu Çocuklarda Obezite Prevalansı. Tıp Araştırmaları Dergisi, 11 (1): 6-11
5. Atalay A, Kutsal YG. Pediatrik obezite ve egzersiz. Katkı Pediatri Dergisi, 2000; 21(4); 537-548.
6. Babaoğlu K, Hatun S. Çocukluk Çağında Obesite. STED 2002;11:8-10.
7. Ballı E. (2013). Obezite, Obezitenin Tetiklediği Hastalıklar Ve Tedavileri , Bitirme Tezi , Kayseri , 2013.
8. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. Pediatrics 1998; 101: 539-549
9. Black H, Patterson H. (2014) Paediatric nurses' attitudes towards the promotion of healthy eating. British Journal of Nursing, 2015, Vol 24, No 2
10. Bodur S, Uguz M. 11-15 Yaş Çocuklarda Vücut Yağ Yüzdesinin Beden Kütle İndeksi ve Biyoelektriksel İmpedans ile Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi 2007;17(1): 21-27.
11. Butte, N. F. (2001). The role of breastfeeding in obesity. Pediatr Clin North Am. 48:189-196
12. Can N. (2011). Çorlu merkezdeki ilköğretim çağında ki çocuklarda obezite görülme sıklığı risk faktörleri ve benlik saygısı , Yüksek Lisans Tezi , Edirne , 2011.
13. Cowie, J. (2014). Measurement of obesity in children. Primary Health Care, 24(7), 18-23.

14. Çalışır H, Karaçam Z. The prevalence of overweight and obesity in primary schoolchildren and its correlation with sociodemographic factors in Aydın, Turkey. *Int J Nurs Pract* 2011;17:166–73.
15. Çalışkan A, Atak N. Çocukluk Çağı Obezitesine Genel Bir Bakış (Derleme) *TAF Prev Med Bull* 2013; 12(5): 571-582. +
16. Çelik H. (2007). Eksojen Obez Adölesanların Düşük ve Yüksek Glisemik İndeksli Kahvaltıya Yanıtının Serum Glikoz,İnsülin,C-peptid ve Lipid Düzeyleri İle Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Edirne , 2007 .
17. Çınar S. (2013). Farklı Sosyoekonomik Düzeylerdeki 7-14 Yaş Grubundaki Çocuklarda Obezitenin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
18. Dietz WH, Robinson TN. Assessment and treatment of childhood obesity. *Pediatr Rev* 1993;14:337-43; quiz 344.
19. Dişçigil G. (2007). "Günümüzün Çocukluk ve Adolesan Çağı Epidemisi: Obezite" *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, S. 11.2, s. 92-96.
20. Doring N. (2014)., Primary Prevention Of Childhood Obesity Through Counselling Sessions At Swedish child health Centres:Design, Methods And Baseline Sample Characteristics Of The Primrose Cluster-Randomised Trial , *BMC Public Health* 2014, 14:335
21. Dorsey, K. B., Wells, C., Krumholz, H. M. ve Concato, J. C. (2005). Diagnosis, evaluation, and treatment of childhood obesity in pediatric practice. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(7), 632.
22. Dündar Y, Evliyaoğlu O, Hatun S. Short stature and obesity in school children: A neglected problem. *Turkiye Klinikleri J Pediatr* 2000;9:19-22.
23. Erbaş Ü. (2007). Orta yaş obez bayanlara yönelik kalistenik egzersizlerin fiziksel ve fizyolojik etkileri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2007.
24. Erci B. (2009). *Halk Sağlığı Hemşireliği*, 1. Baskı. Amasya, Gökтуğ Yayıncılık, 2009: 104-117, 193-200.
25. Erdim L, Ergun A, Kuğuoğlu S. (2014). Çocuklarda Obezitenin Önlenmesi ve Yönetiminde Hemşirenin Rolü. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1 (2), 115-126. DOI: 10.17681/hsp.36164

26. Ergül Ş, Kalkım A. Önemli bir kronik hastalık: çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011; 10 (2):223-230.
27. Ergün A. (2006). Yağ hücresi ve salgı ürünlerinin fonksiyonları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2006; 56(3):179-188
28. Ersoy R, Çakır B. Obezite. Turkish Medical Journal 2007;1:109-111.
29. European Charter on Counteracting Obesity. (2007) WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity Conference Report
30. Fowler-Brown, A. ve Kahwati, L. C. (2004). Prevention and treatment of overweight in children and adolescents. American Family Physician, 69(11), 2591-8
31. Gnani R, Spagnoli TD, Galotto C, Pugliese E, Carta A, Cesari L. Socioeconomic status, overweight and obesity in prepubertal children: a study in an area of Northern Italy. Eur J Epidemiol 2000;16:797-803.
32. Golan M, Weizman A. Familial approach to the treatment of childhood obesity: conceptual model. J Nutr Educ 2001;33:102-7.
33. Güler Y, Gönener HD, Altay B, Gönener A. Adölesanlarda obezite ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,2009; 4(10): 165-181.
34. Gülmez, R., Demirel, F., & Emir, S. (2015). Obez Çocuk ve Ergenlerde Obeziteye Eşlik Eden Endokrin ve Metabolik Bozukluklar ve İlişkili Faktörler. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 9(2).
35. Gümüşler A. (2006). Rize ili Çayeli ilçesindeki lise öğrencilerinde obezite sıklığı ve beslenme alışkanlıkları. Karadeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon 2006
36. Gümüşsoy E. (2014). Erzurum İl Merkezi Okul Çağı Çocuklarda Obezite Prevalansı ve Beslenme Alışkanlıkları İle İlişkisi, Uzmanlık Tezi , Erzurum , 2014.
37. Gürel S. , İnan G. (2001). Çocukluk Çağı Obezitesi Tanı Yöntemleri, Prevalansı ve Etiyolojisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2: 39-46.
38. Hekim M. (2015). The importance of physical activity and sports in prevention childhood age obesity The Journal of International Social



Research Cilt: 8 Sayı: 37 Volume: 8 Issue: 37 Nisan 2015 April 2015  
www.sosyalarastirmalar.com Issn: 1307-9581

39. Hessler K, Siegrist M, Nurse practitioner attitudes and treatment practices for childhood overweight: How do rural and urban practitioners differ? 2010 .
40. <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=39> 15 nisan 2016
41. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>) 20 nisan 2016
42. Hui LL, Nelson EA, Yu LM, Li AM, Fok TF. Risk factors for childhood overweight in 6- to 7-y-old Hong Kong children. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27:1411-8.
43. İnal S, Canbulat N. Çocukluk çağı obezitesine genel bakış. *Güncel Pediatri* 2013;11:27-30.
44. Isma, G. E., Bramhagen, A. C., Ahlstrom, G., O'stman, M., & Dykes, A. K. (2012). Swedish child health care nurses concep- tions of overweight in children: A qualitative study. *BMC Fam- ily Practice*, 13, 57.
45. Johnson CA, Xie B, Liu C, Reynolds KD, Chou CP, Koprowski C et al. Socio-demographic and cultural comparison of overweight and obesity risk and prevalence in adolescents in Southern California and Wuhan, China. *J Adolesc Health* 2006;39:925. e1-8.
46. Kandemir D. (2000). Obezitenin Sınıflandırması ve Klinik Özellikleri, *Katki Pediatri Dergisi*, 21:500-506.
47. Kelishadi R, Poursafa P. A Review on the Genetic, Environmental, and Lifestyle Aspects of the Early-Life Origins of Cardiovascular Disease. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2014;44(3):54-72.
48. Khader Y, Irshaidat O, Khasawneh AZ, Alomari M, Batieha A. Overweight and obesity among school children in Jordan: Prevalence and associated factors. *Matern Child Health J* 2009;13:424-31
49. Köksal, G. ve Özel, D. H. G. (2008). Okul Öncesi Dönemde Obezite. *Sağlık Bakanlığı, Klasmat matbaacılık*, 729, 32 ,28,8
50. Kramer MS. (1981). Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent obesity? *J Pediatr* 1981;98:883-7.

51. Kutlu, R., Çivi, S. ve Köroğlu, D.E. (2008). Fatih Sultan ilköğretim okulu öğrencilerin antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull, 7:205-212.
52. Limnili G. (2010). Balçova Bölgesi 15-17 Yaş Arası Lise Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Obeziteyle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, İzmir
53. Metinoğlu, İ., Pekol, S., Metinoğlu, Y. (2012). Kastamonu'da 10-12 Yaş Grubu Öğrencilerde Obezite Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi:117-123.
54. Nauta C, Byrne C, Wesley Y. School Nurses And Childhood Obesity : An Investigation Of Knowledge And Practice Among School Nurses As They Relate To Childhood Obesity 2008
55. Neyzi O, Ertuğrul T, Pediatri. Cilt 1 Nobel Kitabevi 2002.
56. Özakar S, Uysal G, Büyükgönenc L.Çorum İlinde Anaokuluna Devam Eden 3-6 yaş Dönemi Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının, Günlük Aktivitelerinin ve Beden Kitle İndekslerinin (BKI) Değerlendirilmesi. 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi, 06-09 Eylül 2011, İzmir. (3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi Program ve Özet Kitabı, sayfa; 173).
57. Özcebe H. , Bağcı Bosi A. (2014). Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (Cosi-Tur) 2013, Ankara
58. Öztora S. (2005). İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması. Bakırköy Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi. İstanbul. s2-11-14, 2005.
59. Passehl, B., McCarroll, C., Buechner, J., Gearing, C., Smith, A.E., Trobridge, F. (2006) Preventing childhood obesity: Establishing healthy lifestyle habits in the preschool years. Journal of Pediatric Nursing 21 (4) 266-275.
60. Patterson ML, Stern S, Crawford PB, McMahon RP, Similo SL, Schreiber GB, Morrison JA, Waclawiw MA. Sociodemographic factors and obesity in preadolescent black and white girls: NHLBI's Growth and Health Study. J Natl MedAssoc 1997;89:594-600.

61. Pehlivan Türk B. (2000). Çocuk ve ergenlerdeki obezitenin psikososyal yönleri. *Katkı Pediatri Dergisi* 2000; 21(4); 574-581. 2
62. Pyle, S. ve Poston, C. (2006). Fighting an epidemic: the role of schools in reducing childhood obesity. *Psychology in the Schools*, 43(3):361-376.
63. Rabbitt A. , Imelda C. , Childhood obesity: Nurses' Role In Addressing The Epidemic, *BJN*, 21 (12): 731-735
64. Sancak R, DüNDAR C, Totan M, Çakır M, Sunter T, KüçüköDük Ş. Ortaokul ve lise öğrencilerinde obezite prevalansı ve predispozan faktörler. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi* 1999;16:19-24.
65. Savaşhan, Ç., Sarı, O., Aydoğan, Ü., & Erdal, M. (2015). Obesity frequency in school children and related risk factors. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19(1), 14–21.
66. Şimşek F, Ulukol B, Berberoğlu M, Gülnar SB ve ark. Ankara'da bir ilköğretim okulu ve lisede obezite sıklığı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2005; 58:163-166.
67. Sorenson TIA, Price RA, Stunkard AJ, Schulsinger F. Genetics of obesity in adult adoptees and their biological siblings. *BMJ* 1989;298:87-90.
68. Sur H, Kolotourou M, Kocaoğlu B et al. Biochemical And Behavioral Indices Related to BMI in Schoolchildren In Urban Turkey. *Prev Med* 2005; 41(2): 614-21.
69. Susan B. Quelly , SB (2014)., Childhood obesity prevention: a review of school nurse perceptions and practices , *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 19 (2014) 198–209 .
70. Süzek H, Arı Z, Uyanık BS. The overweight and obesity prevalence in 6–15-years-old school children living in Muğla. *Türk Biyokimya Dergisi* 2005;30:290–5.
71. Sweeting H. (2007). Measurement and definitions of obesity in childhood and adolescence: a field guide for the uninitiated. *Nutrition Journal* 2007;6:32.

72. Takahashi E, Yoshida K, Sugimori H, Miyakawa M, Izuno T, Yamagami T et al. Influence Factors on the Development of Obesity in 3 Years-Old Children Based on the Toyoma Study. *Prev Med* 1999;28:293-6.
73. Taveras EM, Gillman MW, Kleinman KP, et al. Reducing racial/ ethnic disparities in childhood obesity: the role of early life risk factors. *JAMA Pediatr.* 2013; 167(8): 731-8.+
74. Taylor RW, Jones IE, Williams SM, Goulding A. Evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio, and the conicity index as screening tools for high trunk fat mass, as measured by dual-energy X-ray absorptiometry, in children aged 3-19 years. *Am J Clin Nutr* 2000;72:490-495.
75. Trowbridge FL, Sofka D, Holt K et al. Management of child and adolescent obesity: Study design and practitioner characteristics. *Pediatrics* 2002; 110: 205-209
76. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA,2010) Yayımlanmamış Rapor, Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü
77. Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014). T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara. 2010
78. Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu AN, Kırbıyık S ve ark. İlköğretim öğrencilerinde obezite gelişimini etkileyen risk faktörleri. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;
79. Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V et al. Breast feeding and obesity; cross sectional study. *BMJ* 1999;319:147-50.
80. WHO Obesity and Overweight, Fact sheet, June 2016 web +
81. World Health Organization Expert Committee (1995). Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. WHO Technical Report Series no. 854. Geneva, World Health Organization.
82. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. 2010a.

83. Yaslı G., Turhan E., Tözün M. ve ark. (2014). İzmir İli Karşıyaka İlçesinde 3. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Etkileyen Etmenler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 23 (4):168-173
84. Yıldız D., Fidancı BE., Suluhan D.(2015). Çocukluk Dönemi Obezitesi ve Önleme Yaklaşımları. TAF Pred Med Bull, 14 (4): 338-345
85. Yılmaz A. (2014). Obez Lise Öğrencilerine Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesine Etkisi, doktora tezi, Erzurum, 2014.
86. Yiğit R. (2011). Çocukluk dönemi obezitesinin yönetiminde hemşirenin rolü. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi; 1:71-80.



## **9.EKLER**

EK.1 SORU FORMU

EK.2 HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ ONAY YAZISI

EK.3 SÖZEL ONAM

EK.4 KOÇ UNİVERSİTESİ ETİK KURUL KARARI

EK.5 ÖZGEÇMİŞ



## **EK-1 SORU FORMU**

### **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Çocukluk Obezitesi Hakkındaki Bilgi ve Uygulamaları**

**Çocukluk obezitesi, günümüzde çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıklar arasında yer almaktadır. Çocukluk obezitesi çeşitli fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin çocukluk obezitesi hakkındaki bilgileri ve önlemeye yönelik uygulamalarının belirlenmesi planlanmaktadır.**

**Araştırmanın etkinliği; sizlerin soruları doğru ve eksiksiz yanıtlamanıza bağlıdır. Çalışmada isim belirtmeniz gerekmemektedir. Sorulara verdiğiniz yanıtlar bu çalışma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır ve gizliliği korunacaktır. Anketimize katıldığınız ve zaman ayırdığınız için şimdiden teşekkür ediyoruz.**

**Anket No.**

**1.Yaşınız.....**

**2.Cinsiyetiniz**      ( ) Erkek      ( ) Kadın

**3. Eğitim Düzeyiniz:**

a.Sağlık Meslek Lisesi mezunu:.....

b.Önlisans mezunu:.....

c.Lisans mezunu:.....

d.Yüksek lisans/Doktora mezunu:.....

**4.Meslekte Geçirilen Süre .....**

**5.Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kaç yıldır çalışıyorsunuz?**

.....

**6.Ailenizde obez bir birey var mı?**

( )Evet      ( )Hayır

**7. Çocukluk obezitesi ile bir eğitim programına katıldınız mı?**

( ) Evet

( ) Hayır (11. Soruya geçiniz)



**8. EVET ise hangi eğitim programına/programlarına katıldığınızı belirtiniz.**

.....

**9.Katıldığınız eğitim programında/programlarında aldığınız bilgiyi yeterli buldunuz mu?**

Evet

Kısmen

Hayır

**10.Eğitim programında/programlarında aldığınız bilginin yararlı olduğunu düşünüyor**

**musunuz?**

Evet

Kısmen

Hayır

**11. Size göre aşağıdakilerden hangisi çocukluk obezitesinin nedenleri arasında yer alır ?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).**

Kötü yeme alışkanlıkları

Aşırı kalori tüketimi

Sedenter yaşam tarzı

- ( ) Genetik
- ( ) Kültürel faktörler
- ( ) Fast-food beslenme
- ( ) Ebeveynlerin ilgisizliği
- ( ) Düşük sosyoekonomik düzey
- ( ) Akran baskısı
- ( ) Hormonal problemler

**12.Çocukluk obezitesinin erişkin döneminde yol açacağı risklerden üç tanesini yazınız.**

- a.
- b.
- c.

**13.Çocukluk obezitesinin belirlenmesi için hangi yöntemlerin kullanıldığını biliyor musunuz?**

- a. Evet
- b. Hayır

EVET ise açıklayınız

.....

**14.Çocuklara ve ailelere obezite ile ilgili danışmanlık yapılmasında kendinizi yeterli hissediyor musunuz?**

a.Evet

b.Hayır

HAYIR ise hangi konularda yetersiz hissettiğinizi lütfen belirtiniz.

.....

**15.Çocukluk obezitesini önlemeye yönelik girişimleriniz oluyor mu?**

a. Evet

b.Hayır

EVET ise hangi girişimlerde bulunduğunuzu lütfen yazınız.

.....

**16.Sorumlu olduğunuz nüfusta obez çocuk var mı?**

a.Evet

B.Hayır

EVET ise bu çocuklara yönelik girişimlerinizi lütfen yazınız.

.....

**17.Obezitenin önlenmesinde bölgenizde bulunan okullar ile (ilkokul , ortaokul , lise ) iş birliği yapıyor musunuz ?**

a.Evet

b.Hayır

EVET ise yaptığınız iş birliğini açıklayınız.

.....

**18.Size göre çocukluk obezitesinin önlenmesinde okulun rolü ne olmalıdır ? Lütfen açıklayınız.**

.....

**19.Çocukluk obezitesinin önlenmesi ile ilgili olarak iş birliği yaptığınız kuruluşlar var mı?**

a.Evet

b.Hayır

EVET ise hangi kuruluşlarla işbirliği yapıyorsunuz?

.....

**20.Çocukluk obezitesinin önlenmesinde aileye yönelik girişimlerinizi lütfen belirtiniz.**

.....

## EK.2 HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ ONAY YAZISI



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 64222187-030.03  
Konu : Araştırma İzni - Sevil ÖZEL

SAYIN SEVİL ÖZEL

(Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı  
Davutpaşa Cad. No: 4 34010 Topkapı İstanbul )

Dilekçenize istinaden, Prof. Dr. Lale Ayyegül BÜYÜKGÖNENÇ danışmanlığında Esenler, Şişli ve Beşiktaş ilçelerinde gerçekleştirmek istediğimiz "Birinci Basamak Halk Sağlığı Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Çocukluk Obesitesi Hakkında Bilgi ve Uygulamaları" başlıklı çalışmaya ilişkin izin talebimiz görüşülmüş ve uygun bulunmuştur. Karşılıklı imza altına alınan Protokol ekte verilmiştir.

Çalışma süresince protokolün dışına çıkılmaması ve araştırma tamamlandıktan sonra bir nüshasının tarafınıza iletilmesi hususu;

Bilgilerinize sunar.

Uz. Dr. Omur Özlem KÖSE  
Müdür a.  
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

EK: 1. Protokol

Seyrithemen Mahallesi Mevlana Caddesi No:81/83 Zeytinburnu / İstanbul

Faks No:

e-Posta: mustafa.eraslan@sağlik.gov.tr İnt. Adresi: İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü

Projele İletimi: mustafa.eraslan@sağlik.gov.tr Tel: 0212 409 2712

Evrakın elektronik izni ile suretine <http://e-bolge.saglik.gov.tr> adresinden b0573E05-4b10-4d20-b03a-79ac41314011 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Mustafa ERADA

Uzman UZMAN

Telefon No:02124092000

### **EK.3 SÖZEL ONAM**

Merhaba ben Sevil Özel,

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamaları başlıklı tez araştırmasını yürütmekteyim. Bu çalışmaya katılmanız büyük katkı sağlayacaktır. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılır mısınız?



## EK.4 KOÇ ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL KARARI

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



KOÇ  
ÜNİVERSİTESİ

### ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	01.06.2016
Karar No:	2016.144.İRB3.079
Sorumlu Araştırmacı:	Sevil Özel
Araştırma Başlığı:	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Çocukluk Obezitesi Hakkındaki Bilgi ve Uygulamaları
Başlangıç tarihi:	10.06.2016
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Sekreteryası" tarafından değerlendirilmiş ve Üniversite Akademik Kurulu'nun 05.04.2012 tarih ve 04 Nolu kararıyla birinci düzey inceleme yapılmasına karar verilmiştir. Yapılan inceleme sonucunda etik ve bilimsel açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesi uygun bulunmuştur.

#### Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.
- Araştırmaya katılan kurum dışı merkezlerden ayrıca idari izin alınması gerekmektedir.

Saygılarımla,

Hakan S. Orer  
Başkan

## **EK.5 ÖZGEÇMİŞ**

SEVİL ÖZEL

(0546) 537 51 40

Sozel14@ku.edu.tr

### **EĞİTİM**

**İstanbul Bilim Üniveristesi**, İstanbul (2010-2014)

Hemşirelik Yüksekokulu Lisans eğitimi ( 4 yıllık)

Mezuniyet tarihi Haziran 2014

**Kafkas üniversitesi** , Kars , (2008-2010)

Kimya bölümü önlisans eğitimi (2008-2010)

**Turhal Cumhuriyet Lisesi(Y.D.A)**,Turhal (2002-2006)

### **İŞ VE STAJ DENEYİMİ**

19 Mart 2012-8 Eylül 2013 Avrupa Florence Nightingale Hastanesi

5. kat organ nakli servisi /günübirlik cerrahi  
katı

9 eylül 2013-30 Aralık 2013 İstanbul Florence Nightingale Hastanesi

8. kat karaciğer ve böbrek  
nakil,nöroloji,ortopedi servisi

2014 Ağustos-2015 temmuz Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi

5B1 servisi-hematoloji-onkoloji  
servisi

### **STAJ**

2011 Ocak (gönüllü staj)

Turhal Devlet Hastanesi

Pediyatri servisi

2011 Bahar Dönemi  
Hastanesi

Gayrettepe Florence Nightingale

3. kat Günübirlik cerrahi katı

2011 Temmuz-Ağustos (gönüllü staj)

Turhal Merkez Yenışehir A.S.M

2011 Güz Dönemi  
Onkoloji Hastanesi

Şişhane Florence Nightingale



2012 Güz Dönemi  
2. kat Hematoloji servisi  
Avrupa Florence Nightingale Hastanesi  
2.Kat Kadın-Doğum servisi

2014 Bahar Dönemi  
2. Kat Genel cerrahi katı  
Şişli Florence Nightingale Hastanesi

BECERİ VE YETENEKLER:

Yabancı dil: İngilizce A2

Sosyal aktiviteler : Yoga,latin dansları,yüzme,seyahat.

Kurslar/Sertifikalar: 2010 Dilbil yabancı dil kursları Kars

2012-2013 Dilko İstanbul/Taksim İngilizce kursu

2012-2013 Avrupa Florence Nightingale Hastanesi El Hijyeni Eğitimi,  
Güvenli Kan Transfüzyon

2014 ÖHDER (Öğrenci hemşireler derneği)

2014 18-19 Nisan 5. Geleneksel Koç Üniversitesi Hemşirelik Etkinliği  
(Metropolde Yaşam)