



**T.C.**

**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ADÖLESANLARIN KALP SAĞLIĞINI GELİŞTİRMEYE YÖNELİK  
TUTUMLARI VE BESLENME EGZERSİZ DAVRANIŞLARI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**EMİNE DEPBOYLU**

**Danışman: Doç. Dr. GÜNGÖR GÜLER**

**HAZİRAN, 2019**

**MUĞLA**



**T.C.**

**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ADÖLESANLARIN KALP SAĞLIĞINI GELİŞTİRMEYE YÖNELİK  
TUTUMLARI VE BESLENME EGZERSİZ DAVRANIŞLARI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**EMİNE DEPBOYLU**

**Danışman: Doç. Dr. GÜNGÖR GÜLER**

**HAZİRAN, 2019**

**MUĞLA**



T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ADÖLESANLARIN KALP SAĞLIĞINI GELİŞTİRMEYE YÖNELİK TUTUMLARI  
VE BESLENME EGZERSİZ DAVRANIŞLARI

Emine DEPBOYLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsünde

“Yüksek Lisans”

Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 23.07.2019

Tezin Sözlü Savunma Tarihi: 24.06.2019

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güngör GÜLER

Jüri Üyesi: Doç Dr. Gülendamar KARADAĞ

Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KÖSE

Enstitü Müdürü: Prof. Dr. Feral ÖZTÜRK


HAZİRAN, 2019

MUĞLA

**TUTANAK**

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 11.06/2019 tarih ve 141/17 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 24/6 maddesine göre, **Hemşirelik** Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Emine DEPBOYLU'nun "**Adölesanların Kalp Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Tutumları Ve Beslenme Egzersiz Davranışları**" adlı tezini incelemiş ve aday 24.06.2019 tarihinde saat 11:00 'de jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 60 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin **kabul** edildiğine **oybirliği** ile karar verildi.

  
Doç. Dr. Güngör GÜLER  
Tez Danışmanı

  
Doç Dr. Güldam KARADAĞ

Üye

  
Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KÖSE

Üye

## YEMİN

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “**Adölesanların Kalp Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Tutumları ve Beslenme Egzersiz Davranışları**” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.



23.07.2019

EMİNE DEPBOYLU

**YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ**  
**TEZ VERİ GİRİŞ FORMU**

**YAZARIN**

**Soyadı:** DEPBOYLU

**Adı:** Emine

**Kayıt No:** 10157866

**TEZİN ADI**

**Türkçe:** Adölesanların Kalp Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Tutumları Ve Beslenme Egzersiz Davranışları

**Y. Dil:** Attitudes and Nutrition-Exercise Behaviors of Adolescents to Improve Their Heart Health

**TEZİN TÜRÜ:** Yüksek Lisans (X)                      Doktora ( )                      Sanatta Yeterlilik ( )

**TEZİN KABUL EDİLDİĞİ**

**Üniversite** : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

**Fakülte** : Sağlık Bilimleri Fakültesi

**Enstitü** : Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**Diğer Kuruluşlar:**

**Tarih** : 24.06.2019

**TEZ YAYINLANMIŞSA**

**Yayımlayan** :

**Basım Yeri** :

**Basım Tarihi** :

**ISBN** :

**TEZ YÖNETİCİSİNİN**

**Soyadı, Adı** : Güler, Güngör

**Ünvanı** :Doç. Dr.

TEZİN YAZILDIĞI DİL: TÜRKÇE

TEZİN SAYFA SAYISI: 108

**TEZİN KONULARI:**

1. Adölesanların kalp sağlığı geliştirme tutumları
2. Adölesanların beslenme egzersiz davranışları
3. Adölesanların kan basıncı, beden kütle indeksleri ve bel/boy oranları
4. Okul sağlığı hemşireliği


**TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER:**

1. Adölesan
2. Kardiyovasküler Hastalık
3. Okul Sağlığı Hemşireliği
4. Beslenme
5. Egzersiz

**İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER:**

1. Adolescent
2. Cardiovascular Disease
3. School Health Nursing
4. Nutrition
5. Exercise

- 1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum ( )
- 2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir (X)
- 3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezin tamamının fotokopisi alınabilir ( )

Yazarın İmzası : 

Tarih : 23.07.2019

## ÖZET

**Giriş Amaç:** Kardiyovasküler hastalıklar, yetişkinlik döneminde görülme sıklığı oldukça yüksek, klinik tedavisi ve rehabilitasyon maliyeti yüksek ve uzun süren hastalıklardır. Bu hastalıklar özellikle, alışkanlıkların kazanıldığı çocukluk ve adölesan dönemde değiştirilebilir risk faktörlerinin azaltılması ya da kontrol altına alınması ile büyük ölçüde önlenmektedir. Bu nedenle söz konusu dönemde hemen hemen tüm değiştirilebilir risk faktörleri için ortak öneri olan diyet (yeme alışkanlıklarının değiştirilmesi) ve egzersiz ile sağlıklı yaşam tarzlarının benimsetilmesi için çalışılmalıdır. Bu çalışmada, adölesan dönemdeki çocukların kalp sağlığını geliştirmeye yönelik tutumlarının ve beslenme egzersiz davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini Muğla merkez Menteşe ilçesinde ikinci kademedeki ortaokulların 6, 7 ve 8. sınıfında öğrenim gören toplam 2102 öğrenci oluşturmaktadır. Örnekleme, tabakalı örnekleme yöntemi ile toplam 336 öğrenci alınmıştır. Veriler sosyodemografik soru formu, Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği ve Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 20,0 paket programında veri tabanı oluşturularak yapılmıştır. Veriler sayı, frekans, yüzde, Kruskal-Wallis varyans analizi, Mann Whitney U, Independent Sample T Testi ve One Way Anova testleri ile değerlendirilmiştir. Yanılma düzeyi olarak alpha  $p=0,05$  olarak alınmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin %33,3'ü 12 yaş ve altı, %38,7'si 13 yaş ve %28,0'i ise 14 yaş ve üzerindedir. Öğrencilerin %51,5'i kız, % 48,5'i erkektir. Annelerin %29,5'i lise mezunu ve %49,7'si ev hanımıdır. Babaların %33,9'u üniversite mezunu ve %34,2'si memurdur. Ailelerin %86,9'u çekirdek ailedir ve %56,8'nin geliri giderine eşittir. Yaşı 14 yaş ve üzeri olan öğrenciler, Çocuk Kalp Sağlığı Geliştirme Tutum Ölçeği'den daha fazla puan almıştır ( $p<0,05$ ). Babaları üniversite ve üzeri eğitim alan öğrenciler, Çocuk Kalp Sağlığı Geliştirme Tutum Ölçeği'den en yüksek puanı almışlardır ( $p<0,05$ ). Kız öğrencilerin Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği'den aldıkları puan erkek öğrencilerden fazladır ( $p<0,05$ ). Yaş arttıkça ölçekten alınan toplam puanın azaldığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Ebeveynleri memur olan öğrenciler, Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği'den yüksek puan almıştır ( $p<0,05$ ). Hipertansiyon ve malign hipertansiyonu olan öğrencilerin çocuk kalp sağlığı geliştirme tutumları daha olumsuzdur ( $p<0,05$ ). Çok zayıf-zayıf olan öğrencilerin kalp sağlığı tutumları daha olumlu bulunmuştur ( $p<0,05$ ).



Bu araştırmanın sonucunda kalp sağlığı ile ilgili tutumların sosyodemografik özelliklerle ilişkili olduğu, yaş arttıkça kalp sağlığı ile ilgili olumlu tutumların azaldığı, beslenme ve egzersiz davranışlarının olumsuzlaştığı ortaya çıkmıştır. Öğrencilere sağlıklı beslenme ve egzersiz davranışları kazandırmak için aile sağlığı merkezinde çalışan hemşireler, okul yöneticileri, öğretmenler ve aileler işbirliği halinde çalışmalıdırlar.

**Anahtar Kelimeler:** Adölesan, Kardiyovasküler hastalık, Okul sağlığı hemşireliği, Beslenme, Egzersiz



## ABSTRACT

**Objective:** Cardiovascular diseases are common in adulthood and are long-term diseases with high treatment and rehabilitation costs. These diseases can be largely prevented by reducing or controlling the changeable risk factor especially in childhood and adolescence where habits are gained. Therefore, in these periods, healthy life styles, diets (changing eating habits) and exercise, which are common recommendations for almost all variable risk factors should be tried to adopt. In this study, determining the attitudes and nutrition-exercise behaviors of the children in adolescence for improving their heart health have been aimed.

**Methods:** The population of this cross-sectional study is consisted of 2102 students, at the 6th, 7th and 8th grade of secondary schools in Menteşe district of Muğla city center. A total of 336 students were enrolled for sampling. Data were collected from the students by using the questionnaires of Child Heart Health Development Attitude Scale and Nutrition-Exercise Behavior Scale. Data were analyzed by using SPSS 20.0 package program. The uncomplying data to normal distribution was evaluated with number, frequency, percentage distributions and non-parametric tests such as Kruskal-Wallis and Mann Whitney U tests. For the normally distributed data, parametric tests such as Independent Sample T Test and OneWay Anova were used. The level of error was taken as  $\alpha p = 0.05$  accepted.

**Results:** All of the participated students; 33.3% were at the age of 12 years and under, 38.7% were at the age of 13 years and 28.0% were at the age of 14 years and over. 51.5% of the students are female and 48.5% are male. 29.5% of mothers were high school graduates and 49.7% were housewives. Their fathers were university graduates 33.9% and civil servants 34.2%. 86.9% of the families are core families and 56.8% of them have equal income and expenses. Students whose age were 14 and over received higher scores from Child Heart Health Development Attitude Scale ( $p < 0,05$ ). Female students received higher scores on the Nutrition-Exercise Behavior Scale ( $p < 0,05$ ). It was determined that the total score taken from the scale decreased as the age increased. The students whose parents were civil servants received a high score from the Nutrition-Exercise Behavior Scale ( $p < 0,05$ ). Students with hypertension and malignant hypertension had more negative attitudes towards the development of child cardiac health ( $p < 0,05$ ). Very weak-weak students' heart health attitudes were found to be more positive ( $p < 0,05$ ).

As a result of this study, it was found that attitudes related to heart health were related to sociodemographic characteristics, as the age increased, positive attitudes related to heart

health decreased, and nutrition and exercise behaviors became negative. Public health nurses, school administrators, teachers and families should work in collaboration to provide students with healthy eating and exercise behaviors.

**KeyWords:** Adolescent, Cardiovascular disease, School health nursing, Nutrition, Exercise



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim dönemimin sonuna kadar gerek bilimsel faaliyetlerimin gerekse tez çalışmamın tüm aşamalarında değerli bilgi birikimini büyük bir özveri ile paylaşan, sonsuz desteğini ve yardımlarını asla esirgemeyen çok değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Güngör GÜLER'e, tezimin istatistiksel analizinde görüş ve önerileriyle önemli katkı sağlayan Doç. Dr. Atilla GÖKTAŞ'a, çalışmama gönüllü katılan Muğla ili merkez ortaokullarında okuyan öğrencilere, eğitimimin yanı sıra hayatımın her bir anında, her konuda, eşsiz ve sonsuz desteklerini hep yanımda hissettiren eşim, oğlum, annem, babam ve kardeşlerime çok teşekkür ederim.



# İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
<b>ÖZET</b>	I
<b>ABSTRACT</b>	III
<b>TEŞEKKÜR</b>	V
<b>İÇİNDEKİLER</b>	VI
<b>TABLolar</b>	IX
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b>	X
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>5</b>
2.1. Kardiyovasküler Hastalıkların Tanımı ve Önemi	5
2.2. Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri	6
2.2.1. Kardiyovasküler Hastalıklarda Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	7
2.2.2. Kardiyovasküler Hastalıklarda Değiştirilebilen Risk Faktörleri	7
2.2.2.1. Beslenme	7
2.2.2.2. Obezite	8
2.2.2.3. Tip II Diabetes Mellitus (DM)	9
2.2.2.4. Dislipidemi	10
2.2.2.5. Hipertansiyon	12
2.2.2.6. Fiziksel Aktivite	13
2.2.2.7. Sigara	14

2.2.2.8. Stres Yönetimi	15
2.3. Adölesan Dönem ve Kardiyovasküler Hastalıklar	16
2.4. Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesinde Okul Sağlığı Hemşiresinin Roller	17
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	19
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yeri	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	19
3.4. Veri Toplama Araçları	19
3.4.1. Sosyodemografik Özellikler Soru Formu	20
3.4.2. Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği	20
3.4.3. Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği	20
3.5. Verilerin Toplanması	21
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.7. Araştırmanın Etiği	23
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
<b>4. BULGULAR</b>	24
<b>5. TARTIŞMA</b>	51
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	60
6. 1. Sonuçlar	60
6. 2. Öneriler	61
<b>7. KAYNAKLAR</b>	63

<b>8. EKLER</b>	74
Ek 1. Sosyodemografik Özellikler Soru Formu	74
Ek 2. Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği	77
Ek 3. Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği	80
Ek4. Deneklerin Gönüllülüğü ve Aydınlatılmış Onam Formu	82
Ek 5. Bilgilendirilmiş Olur Formu	83
Ek 6. Etik Kurul Onayı	84
EK 7. Araştırma İçin Kurum İzni	85
Ek 8. Ek Tablo 1	86
Ek 9. Kilo Ölçüm Cihazı Kalibrasyon Sertifikası	87
Ek 10. Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Kullanım İzni	88
Ek 11. Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği Kullanım İzni	89
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b>	90

**TABLO DİZİNİ**

<b>Tablo 1.</b> Öğrencilerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri (n=366)	24
<b>Tablo 2.</b> Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği ve Beslenme Egzersiz Davranış Ölçeği Puan Ortalamaları	26
<b>Tablo 3.</b> Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları (n=336)	28
<b>Tablo 4.</b> Öğrencilerin Kan Basıncı, Beden Kütle İndeksi ve Bel-Boy Oranına Göre Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları (n=336)	35
<b>Tablo 5.</b> Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Beslenme Egzersiz Davranış Ölçeği Puan Ortalamaları (n=336)	39
<b>Tablo 6.</b> Öğrencilerin Kan Basıncı, Beden Kütle İndeksi ve Bel-Boy Oranına Göre Beslenme Egzersiz Davranış Ölçeği Puan Ortalamaları (n=336)	46
<b>Tablo 7.</b> Çocuk Kalp Sağlığı Geliştirme Tutum Ölçeği ve Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	49



## KISALTMALAR DİZİNİ

KVH: Kardiyovasküler hastalık

TÜİK: Türkiye istatistik kurumu

DALY: Disability Adjusted Life Years (Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı)

İKH: İskemik kalp hastalıkları

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

EUROASPIRE III: European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events

LDL: Düşük dansiteli lipoprotein

HDL: Yüksek dansiteli lipoprotein

VLDL: Çok düşük dansiteli lipoprotein

DM: Tip II Diabetes Mellitus

EURIKA: The European Study on Cardiovascular Risk Prevention and Management in Daily Practice

CABG: Coronary Artery Bypass Grafting

Patent: Prevalence, Awareness and Treatment of Hypertension in Turkey

EUROASPIRE III: European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelerle birlikte doğuştan beklenen yaşam süresi uzamış, bu durumun sonucunda ise nüfus içindeki yaşlı oranının artması kronik ve dejeneratif hastalıkları ön plana çıkarmıştır. Kronik hastalıklar içinde önemli bir payı olan kardiyovasküler hastalıklar (KVH) gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olmakla birlikte, gelişmiş ülkelerde de ölüm nedenleri arasında ilk sırayı almıştır. Dünyada KVH nedeniyle meydana gelen ölümlerin dörtte üçü az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Bunun nedenlerinden birisi de, düşük ve orta gelirli ülkelerde önleme, erken teşhis ve tedavi için temel sağlık hizmetlerinin kullanımının ve etkinliğinin yüksek gelir düzeyindeki ülkelere kıyasla yetersiz olmasıdır. Yani, düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerdeki insanlar önlenabilir risk faktörlerinin tespit edilememesi ve hastalığın asemptomatik olduğu ya da belirtilerinin ilk ortaya çıktığı erken dönemde teşhis edilememesi nedeniyle üretken oldukları genç yaşlarda KVH'larla karşılaşmakta ve yine daha genç yaşlarda hastalığı daha ağır geçirerek erken yaşta hayatlarını kaybetmektedirler (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>, Erişim Tarihi:01.06.16).

Ülkemizde de yaşlanmakta olan nüfus göz önüne alındığında kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 yılı ölüm nedeni istatistiklerine göre, Türkiye'de ölüme sebep olan hastalıklar arasında %38,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sıradadır (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855> Erişim Tarihi:17.05.19).

Türkiye'de 2002-2012 yılları arasında bulaşıcı hastalıklar, gebelik, neonatal dönem, beslenme, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yaralanmalar ile ilişkili olarak Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years-DALY) değerlendirilmiş ve bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı DALY'nin arttığı tespit edilmiştir. İki bin iki yılında, ülkemizde tüm yaşlara ve cinsiyetlere göre %71 olan DALY dağılımı 2012 yılında %79 olmuştur. Türkiye'de ulusal düzeyde DALY'ye neden olan ilk 10 hastalığın yüzde dağılımına bakıldığında; perinatal nedenlerden sonra, iskemik kalp hastalıklarının (İKH) %8 ile ikinci sırada yer aldığı görülmektedir. Temel hastalık gruplarına göre yüzde dağılımında ise, KVH'lar %19,3 ile en yüksek paya sahiptir. Toplamda %12,5 ile esansiyel hipertansiyon birinci sırada, %9,6 ile akut miyokard enfarktüsü ikinci sırada yer almaktadır. Erkeklerde KVH'lar %20,7 ile birinci sırada yer alırken, kadınlarda ise İKH'ları %22,9 ile ilk sıradadır. Ulusal düzeyde ölüm sayıları incelendiğinde, birinci sırada %47,7 ile KVH'lar yer almaktadır. "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre ise, en önemli

bulaşıcı olmayan hastalıklar; KVH'lar, kanser, diyabet ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) olarak saptanmıştır (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> Erişim Tarihi:27.05.16).

Yetişkinler arasında dünyada en sık ölüm nedeni olan KVH'lar, çocuklarda ve adölesanlarda önemli bir ölüm nedeni olmamakla birlikte, bir kişinin ileride KVH'a yakalanmasında önemli rol oynayan risk faktörleri çocukluk döneminde de mevcut olabilmektedir. Bu risk faktörlerinden bazıları değiştirilemezken bazıları da değiştirilebilmekte ya da tedavi edilebilmektedir. Yaş, cinsiyet, genetik ve etnik etkenler KVH'da "değiştirilemez risk faktörleri" grubuna girerken, yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol düzeyi, sigara kullanımı, obezite ve fiziksel aktivitenin azlığı başlıca değiştirilebilir risk faktörleridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrolü ile KVH görülme sıklığının yarıya indirilebileceğini bildirmektedir (Saatçi, 2016; Eagle ve ark., 2013).

Okul çağı, çocukların ve adölesanların sürekli büyüme ve gelişme döneminde olmaları, hızlı fiziksel, psikolojik ve duygusal değişim göstermeleri ile karakterize bir dönemdir. Bu dönemi sağlıklı bir şekilde geçirmeleri, ileri yaşlarında birer üyesi oldukları toplumun da sağlıklı olması için son derece önemlidir. Çünkü, çocuklara ve adölesanlara bu dönemde kazandırılmış olan sağlık davranışları, bundan sonraki yaşam yıllarını da etkileyecektir. Okul çağı dönemi içinde adölesan dönem, çocukluğun bitmesi yetişkinliğe atılan adım olmasından dolayı ayrıcalıklı bir dönemdir. Bu dönemde, adölesanın bağımsız birey olma çabası, akran grupları gibi sosyal etkenlerin rolü, dış görünüşün önem kazanması, risk alma davranışlarının yüksek olması, yanlış diyet uygulamaları gibi etkenler sağlıklı yaşam davranışlarını etkilemektedir (Karadamar, Yiğit ve Sungur, 2015). Nitekim adölesanlar arasında yapılan birçok çalışma adölesanların bazı riskli davranışlara sahip olduklarını bu durumun ise ileride çeşitli hastalıklar yönünden risk oluşturduğunu ortaya koymuştur. Yapılan bir çalışmada, 1641 öğrencinin %33,7'si sigara, %1,3'ü alkol, %0,2'si ise esrar kullandığını belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada %3,2'sinin en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu, %31'inin son bir yılda fiziksel bir kavgaya karıştığı, %37'sinin ehliyetsiz, %59,3'ünün emniyet kemeri takmadan araç kullandığı saptanmıştır (Dil, Şentürk ve Girgin, 2015). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'nda 6-18 yaş grubunda 2248 çocuk değerlendirilmiş, bu çocukların %8,2'sinin obez/şişman %14,3'ünün hafif şişman olduğu ve obezite görülme sıklığının erkeklerde kızlardan daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca, Türkiye genelinde 6-11 yaş grubu çocukların %58,4'ünün düzenli olarak (günde 30 dakika veya daha fazla süre ile) egzersiz yapmadığı belirlenmiştir. Yine aynı yaş grubu arasında olan çocukların hafta içi

sedanter aktivite için (TV, bilgisayar, internet, ev ödevi, ders çalışma) harcadıkları ortalama süre 6 saattir. Bu süre erkekler için ortalama 6,3 saat, kızlar için ortalama 5,6 saat olarak bulunmuştur. Sedanter aktivite türleri değerlendirildiğinde; çocukların en fazla TV, video, VCD, DVD için zaman harcadıkları (ortalama 3,3 saat), daha sonra sırasıyla ev ödevi/ders çalışma (ortalama 1,8 saat) ve bilgisayar/internet (ortalama 0,8 saat) başında süre geçirdikleri saptanmıştır. On iki –on dört yaş grubunda sedanter aktivite süresi hafta içi 5,3 saat, hafta sonu 5,7 saat bulunmuştur ([http://www.sagem.gov.tr/TBSA\\_Beslenme\\_Yayini.pdf](http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf) Erişim Tarihi:04.06.16).

Yine bu konuda yapılan benzer bir araştırmada, okul çağındaki çocukların ve adölesanların yeterli oranda meyve ve sebze tüketmediğini, daha çok şeker, yağ ve tuz içeriği fazla olan hazır yiyecekleri ve içecekleri tükettiklerini ortaya koymuştur (Zaborskis ve ark., 2012). Elde edilen veriler, son yıllarda çocuklarda şişmanlık oranının giderek arttığını, ülkemizde ise bu oranların %12- 22 arasında değiştiğini ortaya çıkarmıştır ki (Bereket ve Atay, 2016; Haney ve Erdoğan, 2013) özellikle çocukluk ve adölesan dönemdeki şişmanlık yetişkin dönem şişmanlığı, tip 2 diyabet, KVH, inmeler ve kanserle yakından ilişkilidir.

KVH'nın yetişkinlik döneminde görülme sıklığı oldukça yüksek, klinik tedavisi ve rehabilitasyonu ise oldukça maliyetli ve uzun sürmektedir. Bu hastalıklar özellikle alışkanlıkların kazanıldığı çocukluk ve adölesan dönemde değiştirilebilir risk faktörlerinin azaltılması ya da kontrol altına alınması ile büyük ölçüde önlenmektedir (Erbaba ve Şahin, 2017). Bu nedenle söz konusu dönemde hemen hemen tüm değiştirilebilir risk faktörleri için ortak öneri olan diyet (yeme alışkanlıklarının değiştirilmesi) ve egzersiz ile sağlıklı yaşam tarzlarının benimsetilmesi için çalışılmalıdır. Okullar, çocuklara ve adölesan yaştaakilere, ailelerine, okul çalışanlarına dolayısı ile toplumun hemen hemen yarısına ulaşılabilecek ortamlar olarak değerlendirilmeli, buralarda sağlıklı davranış ve çevre değişiklikleri desteklenmelidir ([http://www.tkd-online.org/uksp/tkd\\_ulusalkalpsagligipolitikasi\\_taslak.pdf](http://www.tkd-online.org/uksp/tkd_ulusalkalpsagligipolitikasi_taslak.pdf) Erişim Tarihi:27.04.16). Bu bağlamda tam zamanlı okul hemşiresinin çalıştığı okullarda öğrencilerin, sağlığı koruma, geliştirme, akut-kronik hastalık bakımı, danışmanlık gibi hizmetlerden yüksek oranlarda yararlandığıyla ilgili sonuçlar bulunmaktadır. (<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/121/5/1052.full.pdf>. Erişim Tarihi: 20.05.16; Bahar, 2010)

Çocukluk ve adölesan dönemde kazanılan yaşam biçimi alışkanlıklarını yetişkinlik döneminde değiştirmek çok zordur. Olaya bu yönüyle bakıldığında çocukluk çağı, KVH risk

faktörlerinin değiştirilebileceği veya tedavi edilebileceği dönem olarak çok önemlidir. Bu nedenle erken yaşlarda kalp sağlığını geliştirmeye yönelik tutumların ve olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, doğrudan toplumun çocuk ve adölesan kısmı ile temas halinde olan okul sağlığı hemşiresine önemli görevler düşmektedir. Yapılan çalışmalar, okul sağlığı hemşiresinin taramalardaki etkinliği, problemleri erken dönemde saptama, yönetme ve takip etme rolü ile okul ekibinin önemli bir üyesi olduğunu göstermektedir (Kırağ, N. ve Temel A.B., 2016, Koçoğlu ve Emiroğlu, 2011). Okul sağlığı hemşireleri okullarda verecekleri sağlık hizmeti, eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile öğrencilerin bilgiye dayalı karar alma süreçlerini geliştirerek, onlara ve toplumun diğer kesimlerine sağlıklı alışkanlıklar ve davranışlar kazandırabilir. (Cowell, 2012). Uygulayacakları etkili girişimler ile ileri yaşlarda hastalıkların oluşmasını önleyebilir ve sağlıklı bir yaşam biçiminin gelişmesini sağlayabilirler.

### **Araştırmanın amacı**

KVH'ların dünyada ve ülkemizde birinci sıradaki ölüm nedeni olduğu göz önünde bulundurulduğunda, adölesan dönemde bu hastalıklarla ilgili risk faktörlerinin belirlenmesi, bunlara yönelik koruyucu önlemler almayı kolaylaştırabilir ve ilerde sağlıklı bir toplum oluşturulmasına katkı verilebilir. Ülkemizde adölesanlarda ve çocuklarda kalp sağlığını geliştirmeye yönelik tutumlarının, beslenme alışkanlıklarının ve egzersize yönelik davranışlarının birlikte değerlendirildiği çalışmalara rastlanmamıştır. Buradan yola çıkarak bu çalışmada, adölesan dönemdeki çocukların kalp sağlığını geliştirmeye yönelik tutumlarının ve beslenme egzersiz davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Kardiyovasküler Hastalıkların Tanımı ve Önemi

Kalp ve damar hastalıkları; konjenital kalp hastalıkları, periferik damar hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, hipertansif hastalıklar ve aritmiler gibi geniş bir hastalık yelpazesini içine almaktadır (Balcı Sezer ve ark., 2018;Uçar ve Arslan, 2017). Bu geniş yelpaze içerisinde, periferik damar hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve koroner arter hastalıkları kardiyovasküler hastalıklar (KVH) olarak gruplanır. Bu hastalık grubu, günümüzde dünya genelinde önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı çalışmalar sonunda 2012 yılında dünya genelinde 17,5 milyon kişinin KVH nedeniyle (7,4 milyon aterosklerotik kalp hastalığı, 6,7 milyon inme nedeniyle) öldüğü belirlenmiş, 2030 yılı itibariyle KVH'a bağlı ölümlerin yıllık 22 milyonu geçeceği öngörülmüştür. İki bin on dört yılında yine DSÖ'nün açıkladığı rapora göre, dünya genelinde erişkin ölüm nedenleri arasında ilk sırayı KVH almıştır (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854> Erişim Tarihi: 20.05.16). Özellikle ülkemizin de dahil olduğu gelişmekte olan ülkelerde KVH'a bağlı ölümler ilk sırada yer almakla birlikte, gelişmiş ülkelere kıyasla daha yüksek oranlarda karşımıza çıkmaktadır.

Aralarında ülkemizde bulunduğu ve 22 Avrupa ülkesi ile birlikte 2006-2007 yılları arasında gerçekleştirilen European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events (EUROASPIRE) III çalışmasının sonuçları incelendiğinde; ülkemizde KVH'dan korunma hedeflerinde istenilen seviyelere ulaşılamadığı görülmektedir. Çalışmaya katılan diğer Avrupa ülkelerinde de istenilen hedeflere ulaşılamamış, ancak ülkemiz ve diğer Avrupa ülkeleri karşılaştırıldığında, ülkemizde özellikle HDL-kolesterol seviyelerinin düşüklüğü, sigara kullanımı, hareketsizlik, eğitimsizlik, tanı sonrası takip ve 50 yaş altında miyokard enfarktüsü geçiren hasta oranlarının çalışmaya katılan diğer Avrupa ülkelerine oranla yüksekliği dikkat çekmiştir (Kumsar ve Yılmaz, 2017, Tokgözoğlu ve ark., 2010). Benzer şekilde, 2017 yılında yayınlanan ve 1990-2016 yılları arasını kapsayan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında, ülkemizde koroner kalp hastalığına bağlı ölümlerin erkeklerde 7,3/1000 kişi yılı, kadınlarda 3,8/1000 kişi yılı olarak bulunmuş ve çalışmaya katılan Avrupa ülkeleri içerisinde en yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. TEKHFARF çalışması koroner hastalıkların diğer ülkelere göre

özellikle de kadınlarda daha fazla olduğunu göstermiş ve gerekli önlemlerin alınması gerekliliğini vurgulamıştır (Onat ve Can, 2017).

Ateroskleroz, koroner arter hastalığının (KAH) temel nedeni olan sistemik bir hastalıktır. Arterlerin duvarlarında meydana gelen endotel disfonksiyonu, lokal ve sistemik aterosklerotik kardiyovasküler hastalığın ortaya çıkmasına önemli bir katkıda bulunur (Gimbron, García-Cardena, 2013). Arteriyel sistemin lezyon eğilimli bölgelerinde görülen endotel hücre disfonksiyonu, aterosklerotik bir lezyonun en erken tespit edilebilir değişikliğidir. Aterosklerozun sebep olduğu KAH, klinik belirtilerini erişkinlerde vermesine rağmen, ateroskleroz çocukluk çağında damarlardaki yağlı çizgilenme ile başlamakta, değiştirilebilir risk faktörlerinin de etkisiyle erişkin yaşa kadar ilerlemektedir (Dülek, Tuzcular ve Gönenç, 2018; Woods ve ark., 2005).

## **2.2 Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri**

Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri, değiştirilemez faktörler ve değiştirilebilir faktörler olarak iki gruba ayrılır (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2017; Şendur, Güven, 2010). KVH'nın oluşmasında ve ilerlemesinde rol oynayan değiştirilebilir risk faktörlerinin belirlenmesi, tüm toplumun ve özellikle de toplumdaki yüksek riskli bireylerin primer olarak korunması, tanı almış hastalarda da var olan değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörlerinin belirlenmesi ve uygun önlemlerini alınması çok önemlidir (Onat, 2017). DSÖ (2016), meydana gelen ölümlerin %31'nin KVH'dan kaynaklandığını açıklamıştır. Özellikle de orta ve düşük gelirli ülkelerde meydana gelen ölümlerin dörtte üçünden fazlası KVH kaynaklanmaktadır. DSÖ primer koruyucu önlemler ile sigara kullanımı, dislipidemi, hipertansiyon ve obezite gelişiminin kontrol altına alınmasıyla erişkin KVH'a bağlı ölümlerin üçte iki oranında önlenilebileceğini ve diğer üçte bir bireyin ise daha kaliteli sağlık bakım hizmeti alabileceğini bildirmiştir ([https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/) Erişim Tarihi:18.05.2019)

### 2.2.1 Kardiyovasküler Hastalıklarda Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

KVH'da yaş, cinsiyet ve ailede birinci derece akrabalarda erken yaşta aterosklerotik kalp hastalığı varlığı değiştirilemez risk faktörlerindedir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2017).

### 2.2.2 Kardiyovasküler Hastalıklarda Değiştirilebilen Risk Faktörleri

Tip II Diabetes Mellitus (DM) veya regüle olmamış kan şekeri, sigara kullanımı, hipertansiyon, dislipidemi, obezite veya viseral yağlanma, sedanter yaşam ve fiziksel aktivitenin azlığı, düzenli alkol kullanımı, dengeli beslenme ve psikososyal faktörler değiştirilebilen risk faktörleri olarak sıralanmaktadır (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2017).

Bu risk faktörlerinden en fazla iki tanesinin varlığı düşük risk, üç ve üzeri risk faktörünün varlığı orta risk, 50 yaşından küçük bireylerde metabolik sendrom ve aterosklerotik damar hastalığı, diabetes mellitus ve 50 yaş ve üzeri bireylerde metabolik sendrom varlığı yüksek risk olarak sınıflandırılmaktadır (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2017).

#### 2.2.2.1 Beslenme

Beslenme alışkanlıkları ile KVH gelişimi arasında doğrudan bağlantı mevcuttur. Yapılan çalışmalar, günlük diyetlerinde sebze ve deniz ürünleri ağırlıkta olan toplumlarda KVH görülme oranının düşük olduğunu belirtirken, günlük diyetleri kolesterolden zengin olan, hayvansal yağların daha sık tüketildiği toplumlarda KVH görülme oranının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Kayıkçıoğlu ve Özdoğan, 2015). Benzer şekilde tuz tüketimi fazlalığına bağlı olarak sodyum alımı fazla olan toplumlarda KVH risk faktörü olan ortalama kan basıncı yüksekliği hipertansiyonun görülme oranını da arttırmaktadır. DSÖ'ne göre de KVH'nın önlenmesi için kişi başına alınması gereken günlük tuz miktarı 5 gramdan az olmalıdır. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854> Erişim Tarihi: 20.05.16). Türkiye'de de 2011-2015 yılları arasında Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı uygulamaya konmuştur. İki bin bir yılında yayınlanan Lyon Diyet Kalp Çalışması'nda Akdeniz tipi diyet (alfa-linoleik asitten zengin) ile batı tipi diyet (aterojenik diyet) karşılaştırılmış, Akdeniz tipi diyetin tekrarlayan koroner olaylarda riski %65 oranında düşürdüğü belirlenmiştir. KVH riskindeki bu düşüşün, Akdeniz tipi doymuş yağ, kolesterol ve sodyumdan düşük, tekli doymamış yağ, meyve, sebze ve balıktan zengin diyetin antioksidan, antiinflamatuvar ve antitrombotik etkilerinden



kaynaklandığı öne sürülmüştür (Valentin, Wayne ve Robert, 2002). Fazla miktarda kırmızı et tüketiminin ise, KVH riskini kadınlarda %29, erkeklerde %20 oranında arttırdığı, özellikle suda çözünebilen bol lifli diyetlerin total kolesterolü ve LDL yi düşürdüğü gösterilmiştir (Bernstein ve ark., 2010; Chowdhury ve ark., 2014).

Tüm bu bilgiler ve çalışmalar ışığında, KVH için risk faktörleri olarak kabul edilen obezite, diyabet, dislipidemi ve hipertansiyonun önlenmesinde ilk tercih diyetin düzenlenmesi olmalı, diyetin toplam kalorisinin %30'undan daha az yağ içeren diyetler tercih edilmelidir. Mevcut hiperlipidemisi ve KVH'ı olanlarda günlük doymuş yağ oranı %7'den az, günlük toplam kolesterol alımı 200 miligramın altında tutulmalıdır. Bunlara ek olarak Beta karoten, A ve C vitaminleri gibi antioksidan etkinlikleri yüksek olan sebze ve meyvelerin tüketimi de arttırılmalıdır (Fuster ve ark. 2010).

### 2.2.2.2 Obezite

Normal vücut yağ miktarı, erkeklerde normal vücut ağırlığının %15-20'si, kadınlarda ise normal vücut ağırlığının %25-30'u olarak belirtilmektedir. Vücutta yağ miktarının bu oranların üzerine çıkması, fazla kiloluluk veya obezite olarak tanımlanır. DSÖ'ne göre fazla kiloluluk ve obezite ayrımı, BKİ [kilo(kg) / boy<sup>2</sup>(m)]'ne göre yapılır. BKİ:18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup> normal, 25-29.9 kg/m<sup>2</sup> kilo fazlalığı, ≥30 kg/m<sup>2</sup> obezite, ≥40 kg/m<sup>2</sup> ileri derecede obezite olarak tanımlanmıştır. Obezite, başta diyabet olmak üzere, KVH, hipertansiyon, hiperlipidemi, serebrovasküler hastalıklar gibi pek çok sağlık problemine neden olmaktadır ([http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl\\_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl\\_gruplar144108.pdf](http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144108.pdf). Erişim Tarihi:18.05.2019). Özellikle, bel/kalça oranının arttığı (kadınlarda ≥0,85, erkeklerde ≥0,90) santral obezite KVH açısından riski daha iyi yansıtır ([http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans\\_calismasi](http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi) Erişim Tarihi:18.05.2019). Çocukluk dönemindeki yüksek BKİ'nin de, erişkin yaşta yüksek kan basıncı, artmış sol ventrikül hipertrofisi, yüksek LDL, trigliserit, insülin ve c-peptid düzeyleri ile düşük HDL düzeyleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir ( Gishti ve ark., 2015). TEKHARF çalışmasının sonuçlarına göre, 30 yaş üzeri bireylerde ülkemizde obezite görülme sıklığı erkeklerde % 21, kadınlarda % 43 olarak belirlenmiş, son 10 yıl içerisinde BKİ'nin kadınlarda 1.26 kg/m<sup>2</sup>, erkeklerde ise 1.29 kg/m<sup>2</sup> artığı saptanmıştır. Yine aynı çalışma ile, ileri derecede obezitenin bir sonucu olarak gelişen metabolik sendromun ülkemizde çok yaygın olduğu 9,2 milyon yetişkinde ortaya konmuş ve metabolik sendromun yaştan bağımsız olarak %71 oranında KVH riski oluşturduğu belirlenmiştir. Obezitenin dağılımı kadar derecesinin de KVH gelişiminde etkili

olduğunu araştıran çalışmalar yapılmıştır. Bunlarla birlikte, obezitenin KVH açısından yarattığı risklerin azaltılması amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmalarda ideal vücut ağırlığına ulaşılamasa da, az miktarda kilo kaybının bile KVH riskini azaltmada ve metabolik risk faktörlerini düzeltmede önemli derecede etkisinin olduğu, tansiyon, dislipidemi ve diyabet üzerinde anlamlı düzelmeler yarattığı gösterilmiştir (Savaş ve Gültekin, 2017). Bu nedenle, obezlerde kilo kaybı hedefi ilk etapta ideal vücut ağırlığına ulaşmak değil, obezitenin neden olduğu artmış KVH risk faktörlerinin düzeltilmesi olmalıdır (Child ve ark., 2010). Fiziksel aktivite, kilo kaybı sağlamakla birlikte diyetle desteklendiğinde kilo verilmesini artırmakta, vücudun fiziksel fonksiyonlarını iyileştirmekte, kas dokularını koruyup yağ kaybını artırarak vücut kompozisyonunu da geliştirmektedir (Roohafza ve ark., 2010). Fiziksel aktivite, özellikle santral obezite riskinin azaltılmasında etkili olduğu gibi, tek başına diyet yapmayla kıyaslandığında uzun dönem kilo kaybı için daha etkili bir tedavi seçeneğidir.

### 2.2.2.3 Tip II Diabetes Mellitus (DM)

Tip II Diabetes Mellitus (DM), insülin direncini takiben ortaya çıkan, yağ dokusu artışı ve yağ metabolizması bozukluğu ile yakın ilişkili bir hastalık olup KVH risk faktörlerinin en önemlilerindedir (Savaş ve Gültekin, 2017). Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde obezite sıklığının artmasıyla birlikte Tip II DM görülme sıklığı da hızla artmaktadır. Bununla birlikte, sedanter yaşam ve beklenen yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak toplumun yaşlanması da Tip II DM görülme sıklığını arttırmaktadır (Işık ve ark., 2009). Diyabetik hastalarda, diyabetik olmayanlara göre, ateroskleroz daha erken yaşlarda ortaya çıkar, yaygın ve multisegmenter tutulum gösterir. Bu hastalarda 20 yıllık süreçte KVH gelişme oranı 2-3 kat daha yüksektir ve bu hastaların %60-75'i makrovasküler komplikasyonlar nedeni ile kaybedilir (Satman ve ark., 2015). Bernstein (2010) diyabetik hastalarda trigliserit ve düşük dansiteli lipoprotein (LDL) kolesterol düzeyleri artarken yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) kolesterol düzeylerinin ise düştüğünü belirtmektedir. İnsülin hem çok düşük dansiteli lipoprotein (VLDL) sentezini uyaran kandaki serbest yağ asitlerini azaltarak hem de trigliseritler ile bir araya gelerek VLDL oluşturan Apolipoprotein-B'nin fosforilasyonunu arttırarak VLDL sentezini azaltır. Tip II DM hastalarında hipertrigliseritemi daha sık ve kalıcı olarak meydana gelir (Bernstein, 2010).

Ülkemizde ilki 1998, ikincisi ise 2010 yılında tamamlanan Türk Diyabet Çalışmaları I ve II (TURDEP I ve II) sonuçlarına göre, iki çalışma arasındaki 12 yıllık süre zarfında erişkinlerde DM sıklığı %90 artış göstererek %13,7'ye çıkmış ve yaklaşık 5 yaş daha erken

görülmeye başlanmıştır. Yine ülkemizde bu 12 yıl içerisinde obezite sıklığı %32'den %44'e çıkmış, ortalama vücut ağırlığı erkeklerde 8 kg, kadınlarda ise 6 kg artmıştır (Onat, 2017). Mevcut veriler ışığında, Tip II DM'un önlenmesi için temel yaklaşım obezitenin kontrol altına alınması olmalıdır. 2009-2010 yıllarında yapılan ülkemizin de katıldığı 12 Avrupa ülkesinde gerçekleştirilen birincil koruma çalışması olan The European Study on Cardiovascular Risk Prevention and Management in Daily Practice (EURIKA) çalışması sonucunda, ülkemizde diyabet sıklığının Avrupa ortalamasının üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde diyabet sıklığı %31,4 iken, Avrupa'da bu oran %26,6 olarak bulunmuştur. HbA1c değerlerinin kontrol altına alınma oranlarının ise Avrupa'da %40,4, Türkiye'de ise bu ortalamanın %29,5 olduğu tespit edilmiştir (Banegas, 2011). DM'un mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlarından korunmak için Amerikan Diyabet Derneği açlık kan şekeri düzeyinin 120mg/dl altında, HbA1c düzeyinin ise %7'nin altında tutulmasının faydalı olacağı görüşünü belirtmiştir (<http://www.temd.org.tr/files/DIYABET> Erişim Tarihi:10.03.2019).

#### **2.2.2.4 Dislipidemi**

Kanda, yüksek trigliserid, yüksek LDL ve düşük HDL düzeyleri aterojenik dislipidemi olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, KVH'ların bağımsız, önlenbilir bir risk faktörü olarak görülür. LDL, plazmadan dokulara fosfolipid, kolesterol ve kolesterol esterlerinin geçişinden sorumludur (Ginsberg ve Goldberg, 2001). Bununla birlikte LDL arter endoteline infiltre olur ve arterin intima tabakasına geçer. Burada okside olarak makrofaj göçüne ve kolesterol birikimine neden olur. Makrofajların okside LDL'yi fagosite ederek köpük hücrelerine dönüşmesi, sürecin devamına katkıda bulunmaktadır. HDL ise kolesterolü dokulardan ve damar duvarından uzaklaştırıp karaciğere taşır ve yıkımını hızlandırır. Böylece plak oluşumuna karşı koruyucu bir etki yapar (Bügan ve Çelik, 2014). Özellikle yüksek LDL seviyeleri tedavide primer öneme sahiptir. Çalışmalarda LDL düzeyinin; 100 mg/dl'nin altında olması optimal, 190 mg/dl'nin üzerinde olması ise çok yüksek KVH risk grubu olarak belirlenmiştir. İki bin dört yılında ülkemizde metabolik sendroma yönelik olarak yapılan METSAR çalışmasında, total kolesterol düzeyleri erkeklerde 173,6 mgr/dl, kadınlarda 179,6 mgr/dl; LDL erkeklerde 98,5 mgr/dl, kadınlarda 100,5 mgr/dl; trigliserit erkeklerde 148,3 mgr/dl, kadınlarda 129,7 mgr/dl; HDL ise erkeklerde 46,3 mgr/dl, kadınlarda 52,0 mgr/dl olarak saptanmıştır. İki bin altı-iki bin yedi yılları arasında gerçekleştirilen EUROASPIRE III çalışmasının Türkiye sonuçlarında, düşük HDL açısından ülkemiz, çalışmaya katılan 22 Avrupa ülkesi arasında üçüncü sırada yer almıştır. Bu da ülkemizdeki HDL düşüklüğünün

nedeninin, genetik yatkınlıktan çok sigara içimi, bel çevresi, fiziksel aktiviteni azlığı, insülin düzeyi gibi etmenler olabileceğini düşündürmüş, bu durum TEKHARF çalışmasının sonuçlarıyla da teyit edilmiştir. İki bin dokuz-iki bin on yılları arasında yapılan EURIKA çalışmasının Türkiye sonuçlarında, ülkemizde dislipidemi insidansı %34,5 olarak tespit edilmiştir. Dislipidemi insidansının Avrupa ortalaması %57,7 olmasına karşın, ülkemizde medikal tedavi ile hastaların total kolesterol ve LDL düzeyinin kontrol altına alınma oranı %30,4'tür ve Avrupa ortalamasına (%41,2) göre oldukça düşüktür. EUROASPIRE III çalışmasının Türkiye sonuçlarına göre, total kolesterolü kontrol altına alma oranı (%51,7) Avrupa ortalamasına (%48,9) benzer bulunurken, tedavi almakta olan hastalarda Türkiye ortalaması (%67,1) Avrupa ortalamasına (%55) göre görece daha iyi bulunmuştur (Tokgözoğlu ve ark., 2010). Total kolesterol seviyesindeki %10 azalmanın, 5 yıllık KVH insidasını %25 oranında azalttığı, LDL seviyesindeki 1 mmol/L azalmanın KVH %20 oranında azalttığı belirlenmiştir (Baigent, 2010). Düzenli fiziksel aktivite dislipidemi tedavisinde de oldukça etkilidir. Haftada 25-30 km yürüyüş veya eşdeğeri aerobik fizik aktivite yapan kişilerde HDL-K düzeylerinde ortalama 3-6 mg/dL artış olduğu gösterilmiştir (Kılınçarslan ve Şahin, 2019). Ancak bunlara rağmen, EURIKA ve EUROASPIRE III çalışmaları dislipidemi tedavisinde ikincil korumanın birincil korumaya göre daha iyi yapıldığını göstermekle birlikte, şu anki durumda ne birincil koruma, ne de ikincil korumanın yeterli olmadığını ortaya koymuştur (Abacı, 2011).

### 2.2.2.5 Hipertansiyon

Hipertansiyon, toplumda sıklıkla insülin direnci, hiperinsülinemi, glukoz intoleransı, dislipidemi, sol ventrikül hipertrofisi ve obezite ile birlikte görülmektedir. Eşlik eden bu faktörlerden herhangi birisi olmadan, tek başına hipertansiyon toplumun %20'sinden azında görülür (Küçükukur, 2019). Hipertansiyon tek başına KVH'ların yaklaşık %35'inden sorumludur. Serebrovasküler hastalık, periferik vasküler hastalık, aort anevrizması, aort diseksiyonu, koroner arter hastalığı ve konjestif kalp yetmezliği için major risk faktörüdür (Dülek ve ark., 2018). Kırk ve yetmiş yaş arası kişilerde her 10 mmHg'lık sistolik kan basıncı artışı KVH riskini 2 katına çıkarırken, 5-6 mmHg'lık düşme ise KVH riskinde %15'lik azalma sağlar (Roohafza ve ark., 2010). Hipertansif hastalarda koroner arter hastalığı gelişme riskinin hipertansif olmayanlara göre 2-3 kat fazla olduğu belirtilmektedir (<https://www.tkd.org.tr/.../Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-prog.ramı>. Erişim tarihi: 20.07.19). Ayrıca hipertansif hastalarda, myokard infarktüsü sonrasında anjinal ağrıların, sessiz myokard iskemisinin, atrial fibrilasyon, ventriküler taşikardi ve ventrikül fibrilasyon gibi aritmilerin, ve kardiyojenik şok gelişiminin hipertansif olmayanlara göre daha fazla olduğu, hatta Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) operasyonu sonrasında 5 yıllık mortalitenin hipertansiflerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Hipertansif hastalardaki kan basıncının kronik yüksekliği, damar endotel hücre fonksiyonlarında bozulma, endotel hücrelerinin lipoprotein geçirgenliğinde artma, damar düz kas hücrelerinde hipertrofi ve remodellinge neden olarak damar hasarına yol açar. Bu yüksek kan basıncı aynı zamanda, damar duvarındaki plakların yırtılmasına yol açabilecek hemodinamik gerilime, myokard duvar geriliminde artışa ve myokard oksijen ihtiyacında artışa da neden olur (Dülek v ark, 2018 ). Yüksek kan basıncı antihipertansif, beta bloker ve diüretik ilaçların yanısıra kilo kaybı, egzersiz, tuz kısıtlaması ve alkol kullanımının azaltılması ile de düşürülebilir, ancak bu tarz önlemlerin hipertansif hastalarda koroner kalp hastalığını önlemedeki rolleri kontrollü çalışmalar ile test edilmemiştir. Ülkemizdeki hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kontrol oranları konusunda yapılan Prevalence, Awareness and Treatment of Hypertension in Turkey (Patent) çalışmasından elde edilen sonuçlara göre 2003 yılı itibariyle ülkemizde hipertansiyon sıklığı %31,8, hipertansiyon farkındalığı %40, tedavi alma %31, kontrol oranı %8 ve antihipertansif tedavi almakta olanlarda kontrol oranı %20 olarak bulunmuştur (Sönmez ve ark. 2015). Bu çalışmaya katılan hastaların %82 si 4 yıl sonra tekrar tarandığında dört yıllık hipertansiyon insidansı %21,3 olarak belirlenmiş, kontrol oranının %14'e, tedavi almakta olanlarda ise kontrol oranının %27'ye yükseldiği gözlenmiştir. Kardiyovasküler

hastalığı olmayan kişilerde kardiyovasküler risk faktörlerinin yönetiminin ve potansiyel iyileştirme hedeflerinin belirlendiği EURIKA (2009-2010) çalışmasının 2012 yılında yayınlanan Türkiye ayağı sonuçlarına göre; çalışmaya Türkiye'den dahil edilen hastalarda hipertansiyon %66,5 ile en sık saptanan kardiyovasküler risk faktörü olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan diğer 11 Avrupa ülkesinde de durum benzerdir ve Avrupa ortalaması %71,9'dur. Ülkemizde hipertansiyonu olup tedavi alan kişilerde tansiyon regülasyon oranı çalışmaya katılan diğer Avrupa ülkelerine benzer şekilde bulunmuştur (Abacı, 2011). Yine Avrupa Kardiyoloji Derneği tarafından 2006-2007 yıllarında üçüncüsü yapılan, KVH olan kişilerde yaşam tarzı, risk faktörleri ve medical tedavilerin araştırıldığı EUROASPIRE III (European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events) çalışmasının sonucuna göre ülkemizde tansiyon regülasyon oranı EURIKA çalışmasının sonuçlarına benzer şekilde %44,8 bulunmuştur (Kotseva ve ark. 2009; Toksözoğlu ve ark., 2010).

Medikal tedavinin yanı sıra fiziksel aktivitenin de hipertansiyon regülasyonu üzerine olumlu etkisi mevcuttur. Yapılan çalışmalar, haftada orta ağırlıkta yapılan 40 dakikalık egzersizin kardiyak debi, periferik vasküler direnç, norepinefrin seviyeleri, insulin direnci, elektrolit dengesi, nöral ve baroreflaks mekanizmalar ile sistolik kan basıncını 5mmHg, diyastolik kan basıncını 4mmHg düşürdüğünü göstermektedir (Edmondson ve ark., 2012). Cserep ve arkadaşları (2012) da KVH riskini azaltmak adınan yapılan düzenli egzersizin kan basıncını düşürdüğünü ifade etmişlerdir.

### **2.2.2.6 Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivitenin düzenli yapılması, miyokardın oksijen gereksinimini azaltır ve egzersiz kapasitesini artırır. Fiziksel aktivite yağlanmayı engelleyerek, dislipidemi üzerine olumlu etkiler gösterir ve KVH'dan korunmada önemli etkilere sahiptir (Polat, 2016). Dünya Sağlık Örgütü, insanların tüm yaşamları boyunca haftanın çoğu gününde, en az yarım saat, orta şiddette ve haftada yaklaşık 150 dakika olacak şekilde fiziksel aktivite yapmasını tavsiye etmektedir. Genel olarak çocuklar ve gençler için tavsiye edilen, daha uzun süreler aktif olmalarıdır. Fiziksel aktivite ile KVH arasında doğrudan ilişki bulunduğu, fiziksel aktivitenin primer ve sekonder korumada etkili olduğu belirtilmektedir (Alpözgen ve Özdiçler, 2016). DM insidansı ve kan basıncını düşürerek, vasküler enflamasyon ve yapılan egzersizin tipi, süresi, şiddeti ve sıklığına bağlı olmak kaydıyla, orta seviyede düzenli egzersizin KVH nedeniyle meydana gelen ölümleri azalttığı bildirilmektedir (İlgaz ve Özer, 2017).

Fiziksel aktivitenin azlığı, KVVH'lar için bağımsız bir risk faktörüdür ve KVVH gelişim riskini yaklaşık iki kat artırır. Yeterli miktarda ve düzenli yapılan orta dereceli fiziksel aktivite (orta şiddette, büyük kas gruplarının ardışına kasılıp gevşemesini sağlayan her türlü dinamik egzersiz), fazla kiloların verilmesine yardımcı olarak, hipertansif hastaların normal tansiyon hale gelmelerine; trigliserid, LDL ve total kolesterol değerlerinin düşerek HDL düzeylerinin artmasına; insuline karşı duyarlılığın artmasına; kan plazma hacminde artışa, kanın viskozitesinde ve trombosit agregasyonunda azalmaya, vasküler endotel kaynaklı vazodilatasyon ve fibrinolitik aktivite artışına neden olarak antitrombotik etki oluşturur (Prasad ve Das, 2009). Böylece aterosklerotik plak rüptürüne sekonder gelişen akut koroner arter obstrüksiyonu riskini azaltır (Lippi ve Maffulli, 2009). TEKHARF çalışması sonucunda da fiziksel aktivite azlığının, KVVH tanısı ve KVVH'a bağlı mortalite için bağımsız bir risk faktörü olduğu görülmüş, bu nedenle de önlenabilir major risk faktörleri içine alınarak düzeltilecek ana hedef olarak kabul edilmiştir. Yukarıda belirtilenin haricinde, özellikle geriatric yaş grubunda, KVVH olan bireylerde veya yüksek KVVH riski taşıyanlarda yapılan yoğun egzersiz ani ölüm ve miyokard infarktüsüne yol açtığı için tıbben önerilmemektedir. Bu nedenle 45 yaş üzeri erkekler, 55 yaş üzeri kadınlar ve yüksek riskli bireyler önce efor testi ile değerlendirilmeli, uygun egzersiz düzeyi belirlendikten sonra kendini iyi hissettiği zamanlarda, açken veya yemekten iki saat sonra, yeterli sıvı alarak, uygun ortamda, yavaş başlayıp yavaş sonlandırarak egzersiz yapması önerilmelidir. Bireylerde aşırı yorgunluk, göğüs ağrısı, nefes darlığı, kas, iskelet ve eklem ağrısı gibi yakınmaların gelişmesi durumunda egzersizi sonlandırmalı ve doktora başvurmalıdır.

### **2.2.2.7 Sigara**

Sigara, KVVH'ın neden olduğu ölümlerin ve sakatlıkların değiştirilebilir risk faktörüdür. Yalnızca aktif sigara kullanıcılığı değil pasif kullanıcılık olarak adlandırılan sigara dumanına çevresel olarak maruz kalma da KVVH için değiştirilebilir risk faktörüdür. Sigara içilmesi doğrudan endotel fonksiyon bozukluğuna yol açarak kan basıncında ve kalp ritminde hızlanmaya neden olur. Bu da sigara içen hipertansiflerde KVVH riskini artırır (Uysal, Yaşar ve Sönmez, (2016). İrk, cinsiyet ve yaş ayrımı olmaksızın, sigara kullanımı ile aterosklerotik kalp hastalığı arasında güçlü bir ilişki mevcuttur. Sigara kullanımı aterosklerotik kardiyovasküler hastalık riskini diğer risk faktörleri olmaksızın 2-3 kat, diğer risk faktörlerinin varlığında ise bunlarla etkileşerek daha da fazla arttırmaktadır (Aktoz, 2018). Sigara kullanan erkeklerde kardiyak arrest riski ve miyokard infarktüsü riski ile genel ölüm

oranını 1.5 kat kadar yükselttiği belirtilmektedir (Yüksel, 2018). Sigara içiciliği, mortalitenin en önemli önlenbilir nedenidir (Jamal ve ark., 2016). İki bin on yedi yılında yayınlanan TEKHARF çalışması, sigara kullanımının ülkemizde en yaygın risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur. Her gün tütün kullanan bireylerin oranı 2014 yılında %27,3 iken, 2016 yılında %26,5 bulunmuştur. Bu oran 2016 yılında erkeklerde %40, kadınlarda ise %13,3 tespit edilmiştir. Sigaranın bırakılmasıyla birlikte aterosklerotik kardiyovasküler hastalığa bağlı olaylarda ciddi düşüş gözlenmektedir. Sigara kullanımı bırakıldıktan 1 yıl sonra KVH riski yarı yarıya azalmakta, 2. yılın sonunda ise KVH riski hiç içmeyenlerle aynı seviyesine inmektedir (Dülek, Vural ve Gönenç,2018). DSÖ, kan basıncı, obezite, kolesterol ve sigara kullanımının kontrolü ile KVH'lerin görülme sıklığının yarıya indirilebileceğini bildirmektedir. İki bin on yılında tamamlanan TURDEP II çalışmasının sonuçları Türk toplumunda sigara içme oranının %29,8'den %17,3'e gerilediğini göstermiştir ([http://www.istanbul.edu.tr/itf/ attachments/021\\_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf](http://www.istanbul.edu.tr/itf/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf).erişim tarihi: 02.02.2019). Bu sonuç, ülkemizde yürütülen sigara karşıtı kampanyaların başarılı olduğunu da ortaya koymuştur. Kayar ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, sigara içme miktarı ile içme süresinin KVH'la ilişkili olduğunu saptamışlardır. Ayrıca yapılan çalışmalar, yapılan düzenli fizik aktivitenin de sigara kullanma arzusunu azalttığını, bununla birlikte iyi bir kilo kontrol yöntemi olduğunu göstermiştir (Lichtman ve ark., 2014). Sigaranın bırakılması ve kişilerin maruziyetten kaçınmaları KVH'dan primer korunmada en önemli hedef olmalıdır.

### **2.2.2.8 Stres Yönetimi**

Psikososyal faktörlerin, KVH gelişimine ve KVH'nın kötü prognozuna katkıda bulunduğu belirtilmektedir. Bu katkı, kan basıncında, kalp atım hızında artışa neden olma, enflamasyon ve pıhtılaşma faktörlerinin tetiklenmesi gibi fizyolojik mekanizmalarla psikososyal sorunları olan hastalarda KVH için önlenbilir risk faktörleri oldukları bilinen sigara-alkol kullanımı, fiziksel aktivite azlığı, sağlıksız beslenme ve medikal tedaviye uyumsuzluk gibi sağlık açısından riskli davranışların daha sık görülmesi ile ilişkilendirilmiştir (Albus, 2010). Kardiyovasküler iyilik halinin bozulmasına katkısı olduğu belirtilen en yaygın psikososyal faktör stres olarak tanımlanmıştır (Stoll ve ark., 2014). Stresin akut koroner sendromu tetikleğini belirten çalışma da mevcuttur (Roohafza ve ark., 2010). Sabırsızlık, öfke, başarı saplantısı, düşmanlık gibi davranışların özellikle erkeklerde KVH gelişimi, KVH'ı olanlarda ise hastalığın tekrarlamasını ve hastalığın kötüye gidişi ile ilişkili olduğu



gösterilmiştir. Bunların dışında bireyin sahip olduğu sosyal desteğin yetersizliği ile bireyin yetersiz sosyoekonomik durumu da KVH riskini arttırmaktadır (Oğuz ve Çamcı, 2016). Bu durum, KVH'ı olan ve yeterli sosyal destek alan hastalarda olumlu fiziksel sağlık sonuçlarının gözlenmesi ve hastalık riskinin azaldığının belirtildiği çalışmalarla da gösterilmiştir. Yaşam tarzı olarak evcil hayvan sahipliği, evlilik ve dindarlık-inanç durumunun KVH riskini azalttığına dair yayınlar da mevcuttur (<https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11/4e423.htm?wbnum=1604> Erişim Tarihi:10.05.2019)

### **2.3 Adölesan Dönem ve Kardiyovasküler Hastalıklar**

DSÖ adölesan dönemi, 10-19 yaşlarındaki bireylerin hayatında hızlı değişimlerin meydana geldiği bir yaş dönemi olarak ifade etmektedir. Bu dönem, özellikle sağlık alanındaki tutum ve davranışlar açısından önemlidir. Sağlıkla ilgili tutum ve davranışlar adölesanların kendisini, şimdiki ve gelecekteki yaşamında ailesini ve toplumu etkilemektedir (Sümen ve Öncel, 2017). Çünkü bu dönem bireylerin hayatı boyunca devam eden alışkanlıklarının kazanıldığı bir dönemi kapsamaktadır. Sağlık açısından riskli davranışlar genellikle adölesan dönemde edinilmekte, sonuçları erişkin döneme yansiyarak, bu dönemde mortalite ve morbidite oranlarında önemli artışlara da neden olmaktadır (Aksoydan ve Çakır, 2011). Erişkin yaştaki erken ölümlerin %70'inin ve hastalıkların 1/3'ünün sebebinin adölesan yaşta kazanılan alışkanlıklara bağlı olduğu belirtilmektedir. Adölesan döneminin başlıca sorunlarına bakıldığında; cinsel davranış ve üreme sağlığı problemleri, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin neden olduğu sorunlar, olumsuz beslenme alışkanlığı, kişisel hijyen, şiddet, kazalar, intihar, psikolojik sorunlar, sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı ve büyüme gelişmeye ait sorunlar şeklinde sıralanabilir (Sağlan ve Bilge, 2018). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşayan adölesanların temel beslenme sorunları sıklıkla yaşamın ilk yıllarından kaynaklanan beslenme bozuklukları ve obezite ilgili diğer kronik hastalıklara neden olabilmektedir (Aksoydan ve Çakır, 2011). Kardiyovasküler hastalık risk faktörlerine bakıldığında özellikle adölesan dönemde kazanılan beslenme, egzersiz davranışları ileriki yaşlarda kalp sağlıklarını etkileyeceğinden dolayı bu yaş grubu önem arz etmektedir.

## 2.4 Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesinde Okul Sağlığı Hemşiresinin Rollerini

Adölesan dönemde mortalite nedenlerine bakıldığında, ilk sırada kazalar ve intihar gelmektedir. Fakat yetişkinlik dönemine geldiğimizde en önemli ölüm sebebi olan KVH ilk sırayı almaktadır (Sağlan ve Bilge, 2018). KVH önlenbilir risk faktörlerine bakıldığında, Tip II Diabetes Mellitus, sigara kullanımı, hipertansiyon, dislipidemi, obezite, sedanter yaşam ve fiziksel aktivitenin azlığı, düzenli alkol kullanımı ve psikosozal faktörler olarak sıralanmaktadır. Adölesan dönemin riskli davranışlarına bakıldığında sigara, alkol ve zararlı madde kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivite azlığı ile KVH risk faktörleri örtüşmektedir. Bu risk faktörlerinin erken dönemde tespit edilmesinde ve bireylerin tedaviye yönlendirilmesinde okul sağlığı hemşirelerine önemli roller düşmektedir. Okul sağlığı hemşiresi, okul sağlığı hizmetlerinin başı konumunda olduğu için, okul içerisindeki öğrenci ve çalışanların öncelikli sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinde önemli yere sahiptir (Ulutaşdemir ve ark., 2016).

Kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinden korunma amacıyla hemşireler, eğitim ve danışmanlık rollerini üstlenerek, risk durumuna göre yaşam biçimi değişiklikleri açısından bireyi motive etmelidir. Bu amaçla, sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite ile kilo kontrolünün sağlanması, sigaranın bırakılması, etkin stres yönetimi ve düzenli sağlık kontrollerinin yapılmasına yönelik eğitim danışmanlık uygulamalarını yürütmelidir (Karakoç ve Taşkın, 2017). Öğrencilerin yaşlarına ve günlük gereksinimlerine uygun beslenme programları oluşturulmalıdır. Erken yaşta kazanılan beslenme alışkanlıkları ilerleyen yaşlarda da devam edeceğinden, bu dönemde sağlıklı beslenme davranışlarının oluşturulması çok önemlidir. Ayrıca, okul yemekhanelerinde çocukların sevecekleri besinlerden oluşan öğünlerin hazırlanması, satışı ile ilgili yerlerin temizliği ve bakımının da okul sağlığı ekibi tarafından denetlenmesi sağlanmalıdır. Fiziksel aktivite sağlıklı yaşam davranışı oluşturduğu gibi ruhsal yönden rahatlama sağlamaktadır. Çocukları spor aktivitelerine yönlendirilmeli ve hareketli bir yaşam için desteklenmelidir (Sağlan ve Bilge, 2018).

Erken dönemde tanı koyma amacı ile okullarda rutin tarama programları uygulanmalıdır. Riskli bireyleri belirleyerek erken tanı ve tedaviye yönlendirmek ve olası komplikasyonların azaltılması için farkındalık kazandırmak ve tedaviye uyumlarını sağlamak okul sağlığı hemşirelerinin önemli sorumluluklarıdır (Başçı, 2018; Dağıstan ve Gözüm, 2016).

Adölesanların var olan sağlık problemlerine yönelik de danışmanlık hizmeti verilmelidir. Çocukluk ve adölesandaki sağlık problemlerinin zararlı psikolojik yönleri saptanmalı ve koruyucu önlemler alınmalıdır. Çocuk ve ailenin yaşam biçimlerinden kaynaklanan sorunlar var ise kendileriyle ilgili bir sorun olduğunu görmelerini sağlayacak aile temelli programlara uyum artırılmalıdır (Yıldız, Fidancı ve Suluhan, 2015).

Psikososyal risk faktörlerinin varlığı KVH olan bireyleri etkilemektedir. Psikososyal faktörler kan basıncı ve kalp hızının artmasına sebep olmaktadır. Psikososyal risk faktörleri olan hastalarda sigara kullanımı, sağlıksız besin seçimi, fiziksel aktivitede azalma, tıbbi tedaviye uyumsuzluk gibi KVH'nı güçlendirdiği bilinen yaşam biçimi ve riskli sağlık davranışları saptayıp ekip üyeleri ile işbirliği içinde girişimler planlamalıdır (Yıldırım ve Öztürk, 2016).

Sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını geliştirmeye yönelik programların oluşturulması ve öğrencilere ulaştırılması konusunda okul sağlığı hemşirelerine ve diğer sağlık bakım üyelerine önemli roller düşmektedir (Uçar ve Arslan 2017). Okul sağlığı hemşireleri, sosyal rolleri ve sorumlulukları gereği içinde buldukları topluma model olma ve bireyleri etkileme özelliğine sahiptirler. Bu nedenle, hemşireler adölesanların sağlıklarını geliştirmelerine katkı sağlamalı ve böylece toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmeleri için motive edici davranışlar sergilemelidir (Tedik, 2017).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, adölesanların kalp sağlığını geliştirmeye yönelik tutumları ve beslenme-egzersiz davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan kesitsel bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Muğla ili Menteşe ilçesinde bulunan Bayır Ortaokulu, Cumhuriyet Ortaokulu, Nazmi Zehra İyibilir Ortaokulu, Şehbal Baydur Ortaokulu, Şehit İbrahim Karaoğlanoğlu Ortaokulu, Merkez İMKB Ortaokulu, Merkez 75. Yıl Ortaokulu, Türdü 100. Yıl Ortaokulu, TOKİ Şehit Jandarma Yarbay Alim Yılmaz Ortaokulu, Kötekli Salih Zeki Gür Ortaokulu ve İmam Hatip Ortaokulu'nda yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Muğla merkez Menteşe ilçesinde ikinci kademedeki Bayır Ortaokulu, Cumhuriyet Ortaokulu, Nazmi Zehra İyibilir Ortaokulu, Şehbal Baydur Ortaokulu, Şehit İbrahim Karaoğlanoğlu Ortaokulu, Merkez İMKB Ortaokulu, Merkez 75. Yıl Ortaokulu, Türdü 100. Yıl Ortaokulu, TOKİ Şehit Jandarma Yarbay Alim Yılmaz Ortaokulu, Kötekli Salih Zeki Gür Ortaokulu ve İmam Hatip Ortaokulu olmak üzere toplam 11 okulun 6, 7 ve 8. Sınıfında öğrenim gören toplam 2102 öğrenci oluşturmaktadır. Örnekleme, evrenin bilindiği durumda kullanılan;  $n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$  formülünden yararlanılarak belirlenmiş ve toplam 336 öğrenci örnekleme alınmıştır. Her bir okuldan örnekleme alınacak öğrenci sayısı, okullara göre tabakalanarak belirlenmiştir. Okullardan öğrenciler örnekleme alınırken, öğrencilerin gönüllü olmasına, kız ve erkek öğrencilerin benzer sayıda olmasına dikkat edilmiştir. Her bir okuldan örnekleme alınan öğrenci sayısı Ek Tablo 1'de verilmiştir.

#### 3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik özellikleri belirleyen sosyodemografik özellikler soru formu (Ek 1), Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği (Ek 2) ve Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği (Ek 3) ile toplanmıştır.

### 3.4.1 Sosyodemografik Özellikler Soru Formu

Sosyodemografik özellikler soru formu 9 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik soru formunda okuduğu okul, yaş, cinsiyet, anne ve babanın eğitim durumu, anne ve babanın mesleği ve gelir durumu gibi sorular yer almaktadır (Yurt ve ark., 2016; Öztürk Haney ve Bahar, 2014).

### 3.4.2 Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği

Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Arvidson (1990) tarafından geliştirilen, Meryem Öztürk Haney tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2002 yılında yapılmış olan, 16 maddeli, likert tipi bir ölçektir. Ölçek, okul çağı çocuklarının stres kontrolü, sigara içme, beslenme, fiziksel aktivite ile ilişkili kalp sağlığını geliştirici tutumlarını ölçmektedir. Soru dağılımına göre; fiziksel aktivite:1,2,3,4; beslenme:5,6,7,8; sigara içme:9,10,11,12 ve stres kontrolü:13,14,15,16 şeklinde sıralanmaktadır. Sigara içme alt boyutunda bulunan onikinci soru ters puanlanmaktadır. Ölçeğin tamamı için en az 16 en fazla 64 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın düşük olması kalp sağlığı ile ilgili tutumların daha olumlu olduğunu gösterir. Geçerlik güvenilirlik çalışmasında güvenilirlik kat sayısı, tüm ölçek maddeleri Cronbach Alfa değeri 0,75; Fiziksel Aktivite Alt Boyutu için Cronbach Alfa 0,74; Beslenme Alt Boyutu için Cronbach Alfa 0,67; Sigara Alt Boyutu için Cronbach Alfa 0,64 ve Stres Kontrolü Alt Boyutu için Cronbach Alfa 0,50 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, tüm ölçek maddeleri için güvenilirlik katsayısı Cronbach Alfa değeri 0,81; Fiziksel Aktivite Alt Boyutu için Cronbach Alfa değeri 0,84; Beslenme Alt Boyutu için Cronbach Alfa değeri 0,66; Sigara Alt Boyutu için Cronbach Alfa değeri 0,73 ve Stres Kontrolü Alt Boyutu içinde Cronbach Alfa değeri 0,74 bulunmuştur.

### 3.4.3 Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği

Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği, Seher Yurt tarafından 2008 yılında geliştirilmiş olup, 45 madde ve 4 alt faktörden oluşan, 5'li likert tipi bir ölçektir. Davranışları değerlendirmek için, 1-“Beni hiç tanımlamıyor”, 2-“Beni az tanımlıyor”, 3-“Beni biraz tanımlıyor”, 4-“ Beni oldukça tanımlıyor”, 5-“Beni tamamen tanımlıyor” seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenmektedir. Her soru için verilen puanlar esas alınır. Ancak; 7, 8, 9,

10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20, 22, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 43 numaralı toplam 23 madde ters yönde puanlanır.

Ölçek; Psikolojik (Bağımlı) Yeme Davranışı, Sağlıklı Beslenme-Egzersiz Davranışı, Sağlıksız Beslenme-Egzersiz Davranışı ve Öğün Düzeni olmak üzere alt faktörlerden oluşmaktadır ve ölçeğin alt faktörlerinden alınan puanlar, her bir alt boyutun özelliğine göre değerlendirilir. Psikolojik-Bağımlı Yeme Davranışı Alt Boyutu: 11 maddeden oluşur (7,8,10,20,22,34,35,36,37,38,39), puan dağılımı 11-55 arasındadır. Düşük puan psikolojik (bağımlı) yeme davranışının olmadığını, yüksek puan psikolojik (bağımlı) yeme davranışının olduğunu gösterir. Sağlıklı Beslenme-Egzersiz Davranışı Alt Boyutu: 14 madden oluşur (13,16,19, 23,24,25, 26, 27, 28, 33,40, 41, 44, 45), puan dağılımı 14-70 arasındadır. Düşük puan sağlıklı beslenme-egzersiz davranışının yetersiz olduğunu, yüksek puan sağlıklı beslenme-egzersiz davranışının olduğunu gösterir. Sağlıksız Beslenme-Egzersiz Davranışı: 14 maddeden oluşur (9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 21, 29, 30, 31,32, 42,43), puan dağılımı 14-70 arasındadır. Düşük puan sağlıksız beslenme-egzersiz davranışının olmadığını, yüksek puan sağlıksız beslenme-egzersiz davranışının olduğunu gösterir. Öğün Düzeni: 6 madden oluşur (1,2,3,4,5,6), puan dağılımı 6-30 arasındadır. Düşük puan öğün düzeninin kötü olduğunu, yüksek puan öğün düzeninin iyi olduğunu gösterir.

Beslenme Egzersiz Davranış Ölçeğinin orijinal çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı 0,85 bulunmuştur. Ölçek alt gruplarına göre Cronbach Alfa değerleri Psikolojik (Bağımlı) Yeme Davranışı; 0,61, Sağlıklı Beslenme-Egzersiz Davranışı; 0,62, Sağlıksız Beslenme-Egzersiz Davranışı; 0,68 ve Öğün Düzeni; 0,73 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,81; alt boyutlarında ise Psikolojik (Bağımlı) Yeme Davranışı; 0,85, Sağlıklı Beslenme-Egzersiz Davranışı; 0,82, Sağlıksız Beslenme-Egzersiz Davranışı; 0,54 ve Öğün Düzeni; 0,75 olarak bulunmuştur.

### **3.5 Verilerin Toplanması**

Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesinden Etik Kurul İzni ve Muğla Mentеше İlçe Milli Eğitim Müdürlüğünden gerekli izinler alınmış ve veriler araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilere araştırmanın amacı ve yararı ile ilgili bilgi verilmiş ve araştırmada kullanılan soru formu ve ölçekler yazılı onamları alınarak öğrencilere uygulanmıştır. Veri toplama formlarındaki soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 20 öğrenci ile ön uygulama yapılmıştır. Ön

uygulama sonucunda, formlarda gerekli düzenlemeler yapılmış ve asıl uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama yapılan bu öğrenciler çalışmaya dahil edilmemiştir. Veriler, hafta içi eğitim ve öğretim saatleri içerisinde yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Ayrıca araştırmacı tarafından çocukların, boy, ağırlık, bel çevresi ve kan basıncı ölçümleri yapılmıştır. Vücut ağırlığı, kalibrasyonu yapılmış standart 0,1 kg'a duyarlı tartı ölçerde, çocuğun üzerinde sadece ince kıyafetlerin kalmasına izin verilerek yapıldı. Boy ölçümü, duvara sabitlenmiş boy ölçer aracılığıyla ölçüldü. Beden kütle indeksi( BKİ), kg cinsinden vücut ağırlığı, metre cinsinden boy ölçümü değerinin karesine bölünerek hesaplandı. BKİ'nin değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşa (5-19 yaş) ve cinsiyete göre persantil tablosu kullanılarak BKİ<5. persantil çok zayıf, 5.-15. persantiller arası zayıf, 15.-85. persantiller arası normal, 85.-95. persantiller arası kilolu ve  $\geq 95$ . persantil şişman (obez) olarak sınıflandırılmıştır. Bel çevresi (BÇ) ölçülürken, en alt kosta ve midaksiller çizginin iliak krestini kestiği nokta işaretlendi. Ölçüm sırasında kişinin nefes vermesi istenerek, esnek olmayan mezura ile bu noktadan geçen hayali çizgi esas alınarak bel çevresi cm olarak ölçüldü. Çocukların kan basınçlarını ölçmeden önce on dakika dinlendirilmesi sağlandı. Kan basıncı ölçümü ise manuel tansiyon aleti ile sağ kol kullanılarak yapıldı.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin kodlanması ve istatistiksel analizleri, Stistical Package for Social Science (SPSS) 20 hazır istatistik paket programında yapılmıştır. Analizden önce verilerin normal dağılıma uygunluğunu belirlemek amacıyla One-Sample Kolmogorov – Smirnov Testi yapılmış ve verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine bakılmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerin değerlendirilmesinde sayı, frekans, yüzde dağılımları ve parametrik olmayan testlerden Kruskal-Wallis Varyans Analizi ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerde ise parametrik testlerden Independent Sample T Testi ve One Way Anova kullanılmıştır. Ölçekler arasında ilişkiyi değerlendirmek için Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Yanılma düzeyi olarak alpha  $p=0,05$  olarak alınmıştır.

#### **Araştırmanın değişkenleri**

#### **Araştırmanın bağımlı değişkenleri**

Adölesanların kalp sağlığını geliştirme tutumları, beslenme egzersiz davranışları, BKİ, kan basıncı değerleri ve bel-boy oranları bağımlı değişkenlerdir.

### **Araştırmanın bağımsız değişkenleri**

Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ebeveyn çalışma durumu, gelir düzeyi ve aile tipi gibi sosyodemografik özellikleridir.

### **3.7. Araştırmanın Etiği**

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesinden Etik Kurul İzni ve Muğla Mentеше İlçe Milli Eğitim Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma, Muğla ilinin Mentеше ilçesinde bulunan ortaokullarda, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 6, 7 ve 8. sınıf öğrencilerine uygulanmıştır. Yalnızca Mentеше ilçesinde bulunan 6, 7 ve 8. sınıflar örnekleme alınmış, ilçe ve köyler ulaşım güçlüğü nedeniyle araştırma kapsamına alınamamıştır.



#### 4. BULGULAR

Bu bölümde ölçeklerden alınan puanlar, adölesanların tanıtıcı özellikleri, öğrenim gördükleri okula ilişkin bulgular, kalp sağlığını geliştirmeye yönelik tutumları ve beslenme egzersiz davranışlarına ilişkin elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 1.** Öğrencilerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri (n=336)

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
12 yaş ve altı	112	33,3
13 yaş	130	38,7
14 yaş ve üzeri	94	28,0
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	173	51,5
Erkek	163	48,5
<b>Anne Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar değil-okuryazar	14	4,2
İlkokul	86	25,6
Ortaokul	54	16,1
Lise	99	29,5
Üniversite ve üzeri	83	24,7
<b>Anne Mesleği</b>		
Ev hanımı	167	49,7
İşçi	51	15,2
Memur	79	23,5
Diğer*	39	11,6

**Tablo 1. (Devamı) Öğrencilerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri (n=336)**

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Baba Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar değil-okuryazar	6	1,8
İlkokul	67	19,9
Ortaokul	56	16,7
Lise	93	27,7
Üniversite ve üzeri	114	33,9
<b>Baba Mesleği</b>		
İşçi	101	30,1
Memur	115	34,2
Serbest meslek	98	29,2
Diğer**	22	6,5
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir giderden az	31	9,2
Gelir gidere eşit	191	56,8
Gelir giderden fazla	114	33,9
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek aile	292	86,9
Geniş aile	30	8,9
Parçalanmış aile	14	4,2

\* Serbest meslek, çiftçi ve emekli olan anneleri kapsamaktadır.

\*\*İşsiz, çiftçi, emekli ve mühendis olan babaları kapsamaktadır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %38,7'si 13 yaşında, %28,0'i ise 14 yaş ve üzerindedir. Öğrencilerin %51,5'i kız ve %48,5' i erkektir. Öğrencilerin annelerinin eğitim durumlarına bakıldığında, %29,5 lise mezunu, %25,6'sı ilkokul mezunu, %24,7'si ise üniversite ve üzeri eğitim almıştır. Öğrencilerin annelerinin %49,7'si ev hanımı, %23,5'i memurdur. Öğrencilerin babalarının eğitim durumuna bakıldığında, %19,9'unun ilkokul mezunu, %27,7'sinin lise mezunu, %33,9'unun üniversite ve üzeri mezun oldukları görülmektedir. Babaların meslekleri sorulduğunda %34,2'sinin memur, %30,1'nin işçi olduğu belirlenmiştir. Gelir durumuna bakıldığında %56,8'nin gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Ailelerin %86,9'u çekirdek aile tipindedir.

**Tablo 2.** Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği ve Beslenme Egzersiz Davranış Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçekler	Alt Boyutlar	Ölçekten Alınan Alt ve Üst Değer	Her Bir Ölçek İçin Alınan Puanlar $X \pm SS$
<b>ÇKSGTÖ*</b>	<b>Fizik Aktivite</b>	4-16	6,57±2,26
	<b>Beslenme</b>	4-16	7,86±2,37
	<b>Sigara İçme</b>	4-16	5,21±1,90
	<b>Stres Kontrolü</b>	4-14	6,39±2,17
<b>ÇKSGTÖ Toplam Puan</b>		16-47	25,97±5,95
<b>BEDÖ**</b>	<b>Psikolojik (Bağımlı) Yeme Davranışı</b>	11-55	34,68±9,81
	<b>Sağlıklı Beslenme - Egzersiz Davranışı</b>	19-65	46,18±9,38
	<b>Sağlıksız Beslenme -Egzersiz Davranışı</b>	23-64	46,83±7,25
	<b>Öğün Düzeni</b>	7-30	24,39±4,29
<b>BEDÖ Toplam Puanı</b>		99-210	155,49±19,67

\* Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği

\*\* Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği

Tablo 2’de ÇKSGTÖ ve BEDÖ puanları ile alt boyut alt boyutlarından alınan puanlara yer verilmiştir. Öğrenciler ÇKSGTÖ’den  $25,97\pm 5,95$  ve BEDÖ’den  $155,49\pm 19,67$  puanlarını almışlardır. ÇKSGTÖ en düşük alınan puan 1, en yüksek alınan puan 16’dır. Çalışmamızda fizik aktivite, beslenme, sigara içme boyutundan en az 4 puan, en fazla 16 puan alınmıştır. Stres yönetimi boyutundan en az 4 ve en fazla 14 puan almışlardır. BEDÖ alt boyutlarına bakıldığında, psikolojik (bağımlı) yeme davranışından en az 11, en fazla 55 puan, sağlıklı beslenme-egzersiz davranışı alt boyutundan en düşük 19, en yüksek 65 puan; sağlıklı-egzersiz davranışından en az 23, en fazla 64 puan ve öğün düzeni alt boyutundan en az 7, en fazla 30 puan alınmıştır.



**Tablo 3.** Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları (n=336)

Tanıtıcı Özellikler	Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Puanları				Toplam ÇKSGTÖ X-SD
	Fiziksel Aktivite X-SD	Beslenme X-SD	Sigara İçme X-SD	Stres Kontrolü X-SD	
<b>Cinsiyet</b>					
Kız (173)	6,54±2,16	7,67±2,20	4,95±1,61	6,32±2,06	25,49±5,35
Erkek (163)	6,60±2,37	8,05±2,53	5,49±2,14	6,33±2,29	26,48±6,51
<b>Test</b>	MU=14022,000 p=0,929	MU=14022,000 p=0,939	<b>MU=12193,000</b> <b>p=0,018</b>	<b>MU=12193,000</b> <b>p=0,018</b>	MU=13262,000 p=0,346
<b>Yaş</b>					
12 yaş ve altı (112)	6,27±1,98	7,68±1,97	5,15±1,89	5,87±1,79	24,96±5,17
13 yaş (130)	6,40±2,01	7,92±2,62	5,16±1,98	6,30±2,31	25,78±5,98
14 yaş ve üzeri (94)	7,17±2,74	7,99±2,45	5,35±1,81	6,90±2,29	27,41±6,52
<b>Test</b>	KW=5,410 p=0,067	KW=0,599 p=0,741	KW=0,970 P=0,616	KW=10,599 P=0,005	<b>KW=7,298</b> <b>p=0,026</b>

**Tablo 3. (Devamı)** Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları (n=336)

Tanıtıcı Özellikler	Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Puanları				Toplam ÇKSGTÖ X-SD
	Fiziksel Aktivite X-SD	Beslenme X-SD	Sigara İçme X-SD	Stres Kontrolü X-SD	
<b>Anne Eğitim Durumu</b>					
Okuryazar değil-okuryazar (14)	6,79±2,91	7,93±2,40	5,50±2,59	6,57±2,44	26,79±8,11
İlkokul (86)	6,53±2,09	7,27±2,21	5,19±1,84	6,39±2,33	25,38±6,10
Ortaokul (54)	6,96±2,30	7,56±2,08	5,56±2,30	6,35±2,05	26,43±5,90
Lise (99)	6,31±2,36	8,15±2,48	5,18±1,79	6,29±2,07	25,94±5,58
Üniversite ve üzeri (83)	6,63±2,17	8,30±2,47	5,00±1,69	6,24±2,20	26,17±5,94
<b>Test</b>	KW=3,823 p=0,431	<b>KW=11,358</b> <b>p=0,023</b>	KW=2,614 p=0,624	KW=0,431 p=0,980	KW=1,916 p=0,751
<b>Anne Çalışma Durumu</b>					
Ev hanımı (167)	6,46±2,24	7,71±2,41	5,23±1,98	6,32±2,22	25,71±6,26
İşçi (51)	6,47±1,95	7,65±2,34	5,24±1,87	6,31±2,04	25,67±5,53
Memur (79)	6,48±2,10	8,10±2,44	4,94±1,68	6,24±2,16	25,76±5,69
Diğer* (39)	7,38±2,89	8,28±2,11	5,64±2,02	6,56±2,21	27,87±5,51
<b>Test</b>	KW=3,623 p=0,305	KW=3,458 p=0,326	KW=5,628 p=0,131	KW=0,801 p=0,849	KW=5,854 p=0,119

**Tablo 3. (Devamı) Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları (n=336)**

Tanıtıcı Özellikler	Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Puanları				Toplam ÇKSGTÖ X-SD
	Fiziksel Aktivite X-SD	Beslenme X-SD	Sigara İçme X-SD	Stres Kontrolü X-SD	
<b>Baba Eğitim Durumu**</b>					
İlkokul (67)	6,18±1,69	6,96±2,31	4,93±1,58	6,04±2,15	24,10±5,17
Ortaokul (56)	6,91±2,56	7,80±2,20	6,11±2,51	7,02±2,32	27,84±6,80
Lise (93)	6,75±2,35	7,24±2,32	5,10±1,74	6,16±2,11	25,73±5,74
Üniversite ve üzeri (114)	6,50±2,28	8,52±2,39	4,97±1,62	6,32±2,17	26,32±5,64
<b>Test</b>	KW=2,178 p=0,536	<b>KW=20,555</b> <b>p=0,001</b>	<b>KW=13,706</b> <b>p=0,003</b>	<b>KW=8,833</b> <b>p=0,032</b>	<b>KW=11,620</b> <b>p=0,009</b>
<b>Baba Çalışma Durumu</b>					
İşçi (101)	7,05±0,57	7,73±2,10	5,05±2,02	6,55±3,14	26,73±7,73
Memur (115)	6,34±2,05	7,38±2,27	5,43±2,03	6,21±2,08	25,35±5,68
Serbest meslek (98)	6,52±2,19	8,16±2,44	4,77±1,50	6,25±2,01	25,70±5,47
Diğer *** (22)	6,77±2,47	8,03±2,10	5,46±2,11	6,49±2,21	26,74±6,30
<b>Test</b>	KW=1,913 p=0,591	KW=7,569 p=0,056	<b>KW=9,120</b> <b>p=0,028</b>	KW=1,132 p=0,769	KW=2,281 p=0,516

**Tablo 3. (Devamı) Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları (n=336)**

Tanıtıcı Özellikler	Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Puanları				Toplam ÇKSGTÖ X-SD
	Fizik Aktivite X-SD	Beslenme X-SD	Sigara İçme X-SD	Stres Kontrolü X-SD	
<b>Gelir Durumu</b>					
Geliri giderden az (31)	6,71±1,79	7,19±2,40	5,19±2,43	6,13±1,94	25,23±5,86
Geliri gidere eşit (191)	6,66±2,32	7,73±2,26	5,17±1,16	6,45±2,04	26,01±5,64
Geliri giderden fazla (114)	6,39±2,28	8,25±2,50	5,29±1,99	6,18±2,44	26,10±6,50
<b>Test</b>	KW=1,964 p=0,375	KW=4,920 p=0,085	KW=0,548 p=0,760	KW=4,110 p=0,128	KW=0,567 p=0,753
<b>Aile Tipi</b>					
Çekirdek aile (292)	6,62±2,30	7,92±2,41	5,17±1,86	6,32±2,19	26,03±6,00
Geniş aile (30)	6,23±1,96	7,23±2,19	5,73±2,27	6,27±1,89	25,47±6,29
Parçalanmış aile (14)	6,21±2,12	7,86±1,70	4,93±1,94	6,64±2,50	25,64±4,18
<b>Test</b>	KW=0,851 p=0,653	KW=1,760 p=0,415	KW=4,452 p=0,108	KW=0,192 p=0,909	KW=0,428 p=0,807

\* Serbest meslek, çiftçi ve emekli olan anneleri kapsamaktadır.

\*\*Okuryazar değil-okuryazar olan 6 baba tabloya dahil edilmemiştir.

\*\*\*İşsiz, çiftçi, emekli ve mühendis olan babaları kapsamaktadır.



Tablo 3' de öğrencilerin bazı özelliklerine göre Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği (ÇKSGTÖ) toplam puanları ve alt gruplarından aldıkları puanlara yer verilmiştir. Fizik aktivite alt boyutundan erkek öğrenciler kız öğrencilere göre daha yüksek puan almış, ancak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). ÇKSGTÖ'den toplam alınan puanlara bakıldığında, erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla yüksek puan aldığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Öğrencilerin yaş gruplarına göre fizik aktivite boyutunda, 14 yaş ve üzeri olan öğrenciler diğerlerine göre daha yüksek puan almış ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Yaş gruplarına göre ÇKSGTÖ toplam puanına bakıldığında, 12 yaş-altı grup en düşük puanı almış ve 14 yaş-üzeri olan grup en yüksek puanı almıştır, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Fiziksel aktivite alt boyutunda anne eğitimi ortaokul mezunu olan öğrenciler en yüksek puanı almışlardır. Bu alt boyuttan alınan diğer yüksek puanlar ise sırası ile okuryazar değil-okuryazar ve üniversite-üzeri gruplardır ( $p>0,05$ ). Öğrencilerin annelerinin eğitim durumuna göre ölçeğin toplamından alınan en yüksek puan üniversite-üzeri eğitim almış annelerin çocuklarında bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Anne mesleğine göre fizik aktivite alt boyutunda serbest meslek, çiftçi, emekli olan anneler ev hanımı, işçi ve memur olanlara göre daha fazla puan almış, fakat gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Annelerin mesleğine göre ölçeğin toplamından alınan puanlara bakıldığında da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Babalarının eğitim durumuna göre fizik aktivite alt boyutundan, babası ilkokul mezunu çocuklar en düşük puanı almışlardır. En yüksek puanı ise ortaokul ve lise mezunu babaya sahip öğrenciler almıştır ( $p>0,05$ ). Babaları ilkokul mezunu olan öğrenciler ölçeğin toplamından en düşük puanı alırken, ortaokul mezunu olanlar en yüksek puanı almışlardır. İkinci en yüksek puan ise eğitim durumu üniversite-üzeri olan babaların çocukları almıştır ( $p<0,05$ ). Yapılan analizlerde farkın, ilkokul ve ortaokul mezunu babaya sahip çocuklardan kaynaklandığı görülmüştür. Babalarının çalışma durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda, babası işçi olarak çalışan öğrenciler fizik aktivite alt boyutundan en düşük puanı almışlardır ( $p>0,05$ ). Babaların çalışma durumu ile ölçeğin toplamından alınan puanlar karşılaştırıldığında, memur ve serbest meslek olarak çalışan babaların çocukları, işçi olarak çalışanlara göre yüksek puan almışlar, fakat gruplar arasında anlamlı bir sonuç bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ailelerinin geliri giderinden fazla olan öğrenciler fizik aktivite alt boyutundan en düşük puan almıştır. En yüksek puan ise geliri giderinden az olan gruptadır ( $p>0,05$ ). ÇKSGTÖ toplamından alınan puan ile gelir durumuna bakıldığında en düşük puanı geliri giderinden az olan öğrenciler almış, en yüksek puan ise geliri giderinden fazla olan

öğrencilerde bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Aile tipine göre yapılan analizlerde, çekirdek ailede yaşayan öğrenciler fiziksel aktivite alt boyutundan en yüksek puanı almışlardır ( $p>0,05$ ). Ölçeğin tamamından alınan puan ile aile tipi karşılaştırıldığında, çekirdek ailede yaşayanlar en yüksek puanı, geniş ailede yaşayan öğrenciler en düşük puanı almışlardır. Gruplar arasında istatistiksel anlamda fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

İkinci alt grup olan beslenme boyutuna bakıldığında, erkek öğrenciler kız öğrencilere göre daha yüksek puan almışlardır, fakat gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Yaşa göre öğrencilerin beslenme ile ilgili tutum puanlarına bakıldığında, 12 yaşında olan öğrenciler en düşük puanı almışlardır ( $p>0,05$ ). Beslenme alt boyutunda annesi ilkökul mezunu olan öğrenciler en düşük puanı alırken, üniversite ve üzeri mezun anneye sahip öğrenciler bu alt boyuttan en yüksek puanı almışlardır ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yapılan ileri analizlerde anneleri ilkökul mezunu olan öğrenciler ile anneleri üniversite ve üzerinde eğitim almış olan öğrencilerin ölçekten aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Anne mesleğine göre bakıldığında, anneleri işçi olarak çalışan öğrenciler beslenme alt boyutundan en yüksek puanı almışlar ancak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Babalarının eğitim durumu üniversite- üzeri olan öğrenciler beslenme alt boyutundan en yüksek puanı alırken, babaları ilkökul mezunu olan öğrenciler en düşük puanı almışlardır ( $p<0,05$ ). Bu farkın hangi gruptan ortaya çıktığını bulmak için yapılan analizlere bakıldığında, babaları ilkökul mezunu olan öğrenciler ile babaları ortaokul mezunu olan öğrencilerde olduğu belirlenmiştir. Bu alt boyut ile baba mesleğine bakıldığında, en yüksek puanı işçi olarak çalışan babaların çocukları almış fakat gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Beslenme alt boyutundan, geliri giderinden fazla olan öğrenciler en yüksek puanı almış, en düşük puanı ise geliri giderinden az olan öğrenciler almıştır ( $p>0,05$ ). Beslenme boyutu ile aile tipi karşılaştırmasında, geniş ailede yaşayan öğrenciler en düşük puanı almışlardır. Bu boyutta aile tipleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Üçüncü alt boyut olan sigara içme ile ilgili tutuma bakıldığında, erkek öğrencilerin sigara içme alt boyutundan aldıkları puan kızlara göre daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Öğrencilerin yaşı arttıkça sigara içme alt boyutundan aldıkları puan da artmaktadır, ancak yapılan istatistiksel analizlerde gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Anneleri ortaokul mezunu olan öğrenciler sigara içme alt boyutunda en fazla puanı almışlardır. İkinci en yüksek puanı anneleri okuryazar değil-okuryazar olan gruptaki öğrenciler, en düşük puan ise anneleri

üniversite - üzeri eğitime sahip çocuklar almıştır ( $p>0,05$ ). Bu alt boyuttan anneleri işçi olarak çalışan öğrenciler en yüksek puanı almışlardır ( $p>0,05$ ). Sigara içme boyutunda babası ortaokul mezunu olan öğrenciler en yüksek puanı alırken babası üniversite-üzeri eğitim almış olan öğrenciler en düşük puanı almıştır. Baba eğitim durumuna göre yapılan istatistiksel analizlerde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Babalarının mesleği memur olan öğrenciler bu alt boyuttan en düşük puanı alırken, babaları serbest meslek üyesi olan öğrenciler en yüksek puanı almışlardır. Baba mesleğine göre yapılan karşılaştırmada, öğrencilerin sigarayla ilgili tutumları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yapılan analizlerde farkın ortaokul mezunu babası olan öğrenciler ile ilkokul, lise ve üniversite-üzeri mezun babaya sahip öğrencilerden kaynaklandığı bulunmuştur. Geliri giderinden fazla olan öğrenciler bu alt boyutta en fazla puanı almıştır ( $p>0,05$ ). Aile tipi ile sigara içme alt boyutu arasında yapılan karşılaştırmalara göre, geniş ailede yaşayan çocuklar en yüksek puanı alırken, parçalanmış ailede yaşayan çocuklar en düşük puanı almışlardır. Fakat gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Dördüncü alt boyut olan stres kontrolü boyutunda, erkek öğrencilerin puanları kız öğrencilere göre daha fazla bulunmuş ve gruplar arasındaki bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Yaşa göre yapılan karşılaştırmada, 12 yaş ve altı öğrenciler stres kontrolü alt boyutundan en düşük puanı almışlardır ( $p>0,05$ ). Öğrencilerin annelerinin eğitim durumuna göre stres alt boyutunda aldıkları puanlara bakıldığında, ilkokul mezunu anneye sahip öğrenciler bu alt boyuttan en yüksek puanı almıştır. Annelerin eğitim seviyesi arttıkça stres alt boyutundan alınan puan azalmaktadır, ancak gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Mesleğe göre yapılan karşılaştırmada, anneleri ev hanımı olan öğrenciler stres alt boyutundan en yüksek puanı almıştır ( $p>0,05$ ). Babalarının eğitim durumuna göre yapılan karşılaştırmada ise, babası ortaokul mezunu olan öğrenciler stres alt boyutundan en yüksek puanı almış, bu boyuttan en düşük puanı ise ilkokul mezunu babaya sahip olan öğrenciler almıştır. İstatistiksel analizde babaların eğitim grupları arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ( $p<0,05$ ). Yapılan ileri analizlerde bu farkın ilkokul mezunu babaya sahip olan öğrenciler ile ortaokul mezunu babaya sahip öğrencilerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Baba mesleğine göre yapılan karşılaştırmada, babaları işsiz, çiftçi, emekli ve mühendis olan öğrenciler bu alt boyuttan en yüksek puanı almıştır ( $p>0,05$ ). Stres alt boyutunda geliri giderine eşit olan öğrenciler ve parçalanmış ailede yaşayan öğrenciler en yüksek puanı almışlardır. En düşük puan geniş aile yaşayan çocuklarda bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.** Öğrencilerin Kan Basıncı, Beden Kütle İndeksi ve Bel-Boy Oranına Göre Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları (n=336)

Kan Basıncı, Beden Kütle İndeksi, Bel-Boy Oranı Değerleri	Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Puanları				Toplam Puan
	Fiziksel Aktivite X-SD	Beslenme X-SD	Sigara İçme X-SD	Stres Kontrolü X-SD	ÇKSGTÖ X-SD
<b>Sistolik Kan Basıncı</b>					
Normal (259)	6,32±2,05	7,71±2,32	5,13±1,87	6,24±2,17	25,41 ±5,67
Prehipertansiyon (26)	6,92± 2,74	7,77±2,86	5,46±2,00	6,23±2,32	26,38±7,47
Hipertansiyon (24)	8,50±2,62	8,67±2,10	5,83±2,41	7,21±1,93	30,21±6,40
Malign Hipertansiyon (27)	6,96±2,52	8,59±2,45	5,19±1,64	6,44±2,15	27,19±5,13
<b>Test</b>	<b>KW=17,243</b> <b>p=0,001</b>	KW=6,970 p=0,073	KW=2,436 p=0,487	KW=6,526 p=0,089	<b>KW=14,151</b> <b>p=0,003</b>
<b>Diyastolik Kan Basıncı</b>					
Normal (270)	6,50±2,24	7,86±2,30	5,15±1,81	6,40±2,18	25,91±5,91
Prehipertansiyon (38)	7,47±2,48	8,26±2,94	5,79±2,67	6,00±2,13	27,52±7,10
Hipertansiyon (18)	6,39±2,15	7,22±2,46	5,26±1,43	5,89±2,72	24,56±4,27
Malign hipertansiyon (10)	5,50±1,27	7,30±1,77	5,00±1,49	6,30±2,21	24,10±3,70
<b>Test</b>	KW=8,551 p=0,05	KW=2,058 p=0,501	KW=2,660 p=0,447	KW=1,474 p=0,225	KW=3,002 p=0,331

**Tablo 4. (Devam)** Öğrencilerin Kan Basıncı, Beden Kütle İndeksi ve Bel- Boy Oranına Göre Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları (n=336)

Kan Basıncı, Beden Kütle İndeksi, Bel-Boy Oranı Değerleri	Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Puanları				Toplam Puan ÇKSGTÖ X-SD
	Fiziksel Aktivite X-SD	Beslenme X-SD	Sigara İçme X-SD	Stres Kontrolü X-SD	
<b>Beden Kütle İndeksi</b>					
Çok zayıf ve zayıf (42)	6,10±2,20	7,19±2,31	4,48±1,47	5,83±2,02	24,00±5,41
Normal (186)	6,24±2,06	7,73±2,41	5,05±1,82	6,22±2,11	25,24±5,62
Fazla kilolu (51)	7,12±2,08	8,06±2,17	5,76±2,23	6,90±2,18	27,84±5,27
Obez (57)	7,53±2,73	8,58±2,34	5,47±2,07	6,53±2,41	28,11±6,98
<b>Test</b>	<b>KW=15,830 p=0,001</b>	<b>KW=10,427 p=0,015</b>	KW=8,314 p=0,05	KW=7,464 p=0,058	<b>KW=18,351 p=0,001</b>
<b>Bel-boy Oranı</b>					
0,5 küçük (293)	6,49±2,23	7,80±2,39	5,21±1,93	6,30±2,17	25,81±5,98
0,5 büyük (43)	7,09±2,41	8,26±2,67	5,20±1,73	6,51±2,24	27,07±5,68
<b>Test</b>	MU=5359,000 p=0,108	MU=5560,000 p=0,210	MU=6052,000 p=0,645	MU=5952,500 p=0,553	MU=5439,500 p=0,148

Tablo 4'te öğrencilerin kan basıncı değerleri, beden kütle indeksi ve bel boy oranları ile ÇKSGTÖ toplamından ve alt boyutlarından alınan puanların karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Fiziksel aktivite boyutu ile öğrencilerin sistolik kan basıncı değerleri karşılaştırıldığında, sistolik kan basıncı değeri hipertansiyon olarak ölçülen öğrenciler bu boyuttan en yüksek puanı, malign hipertansiyon değerine sahip olan öğrenciler en düşük puanı almıştır ( $p>0,05$ ). Ölçek toplamından alınan puan ve kan basıncı değerlerine bakıldığında, hipertansiyon değerine sahip öğrenciler ölçeğin toplamından en yüksek puanı alırken, normal kan basıncı değerine sahip öğrenciler en düşük puanı almışlardır ( $p<0,05$ ). Yapılan ileri analizlerde gruplar arasındaki farka bakıldığında, farkın normal sistolik kan basıncı değerine sahip olan öğrenciler ile hipertansiyon değerine sahip öğrencilerden kaynaklandığı bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanı ile öğrencilerin diyastolik kan basıncı değerleri karşılaştırıldığında, en yüksek puanı prehipertansiyona sahip öğrenciler almış ancak yapılan analizlerde anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). BKİ ile fizik aktivite alt boyutundan alınan puanlara göre çok zayıf-zayıf olan grup en düşük puanı alırken, obez olan grup en yüksek puanı almış ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yapılan ileri analizlerde farkın çok zayıf-zayıf grup ile obez gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. BKİ ve ölçeğin toplamından alınan puanlara bakıldığında, çok zayıf- zayıf olan öğrenciler en düşük puanı alırken, fazla kilolu olan öğrenciler en yüksek puanı almışlardır ( $p<0,05$ ). Yapılan ileri analizlerde farkın BKİ çok zayıf- zayıf grup ile fazla kilolu grup, çok zayıf- zayıf grup ile obez grup, normal grup ile fazla kilolu grup ve normal grup ile obez grup arasında olduğu bulunmuştur. Toplam ölçek puanı ve fiziksel aktivite alt boyutundan alınan puanlar ile bel-boy oranı karşılaştırmasında, bel-boy oranı 0,5'ten küçük olan öğrenciler daha düşük puan almışlardır ancak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

İkinci alt grup beslenme boyutuna bakıldığında, sistolik kan basıncı değeri hipertansiyon olan öğrenciler beslenme alt boyutunda en yüksek puanı almışlardır ( $p>0,05$ ). Diyastolik kan basıncı değeri prehipertansiyon olan öğrenciler bu alt boyuttan en fazla puanı almıştır. Yapılan analizlerde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). BKİ ve beslenme boyutuna göre yapılan karşılaştırmada, en düşük puanı çok zayıf ve zayıf öğrenciler alırken, en yüksek puanı BKİ obez olan öğrenciler almıştır. Yapılan istatistiksel analizlerde gruplar arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Bu farkın nereden hangi grupta olduğuna bakıldığında, çok zayıf-zayıf olan grup ile obez olan grup arasında olduğu

bulunmuştur. Bel-boy oranı ile bu boyuttaki karşılaştırmalara göre bel-boy oranı 0,5'ten büyük olan öğrenciler beslenme boyutundan en yüksek puanı almıştır ( $p>0,05$ ).

Sigara içme boyutu ile kan basıncı değerlerine bakıldığında, sistolik kan basıncı değeri normal olarak ölçülen öğrenciler sigara alt boyutundan en düşük puanı almıştır. Diyastolik kan basıncı değerine göre sigara alt boyutundan en düşük puanı alan grup ise malign hipertansiyon olan öğrencilerdir. Sigara alt boyutu ile sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncı basıncı değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). BKİ'ne göre yapılan karşılaştırmada, fazla kilolu olan öğrenciler bu alt boyuttan en yüksek puanı almıştır ( $p>0,05$ ). Bel boy oranı ve öğrencilerin sigara içme ile ilgili tutum puanlarına bakıldığında, bel boy oranı 0,5'ten büyük olan grup en düşük puanı almıştır ( $p>0,05$ ).

Stres kontrolü alt boyut ile kan basıncı değerlerine bakıldığında, hipertansiyon olan öğrenciler stres alt boyutundan en fazla puanı almışlar, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Diyastolik kan basıncı değeri ve stres kontrolü boyutunda en yüksek puanı normal diyastolik kan basıncı değerine sahip olan öğrenciler almıştır ( $p>0,05$ ). BKİ'ne göre bu alt boyut karşılaştırıldığında, fazla kilolu olan grup en yüksek puanı almış olmakla birlikte gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Stres kontrolü alt boyutuna göre, bel boy oranı 0,5'ten küçük olan öğrenciler daha fazla puan almıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 5.** Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Beslenme Egzersiz Davranış Ölçeği Puan Ortalamaları (n=336)

Tanıtıcı Özellikler	Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği Puanları				Toplam BEDÖ X-SD
	Psikolojik (Bağımlı) Yeme Davranışı X-SD	Sağlıklı Beslenme- Egzersiz Davranışı X-SD	Sağlıksız Beslenme Egzersiz - Davranışı X-SD	Öğün Düzeni X-SD	
<b>Cinsiyet</b>					
Kız (173)	35,88±9,15	46,15±9,07	49,08±6,023	23,96±4,46	158,29±20,31
Erkek (163)	33,42±10,35	46,21±9,72	44,44±7,68	24,85±4,07	152,51±18,56
<b>Test</b>	MU=12379,500 p=0,053	T=0,063 p=0,950	MU=9252,000 p=0,001	MU=12393,000 p=0,054	<b>T=2,721</b> <b>p=0,007</b>
<b>Yaş</b>					
12 yaş ve altı (112)	36,90±9,48	47,20±9,22	48,21±7,30	24,27±3,96	158,50±19,32
13 yaş (130)	34,20±9,84	46,45±9,56	45,53±7,38	24,22±4,36	153,90±19,87
14 yaş ve üzeri (94)	32,71±9,76	44,60±9,21	46,97±6,72	24,78±4,59	152,01±18,94
<b>Test</b>	<b>KW=10,111</b> <b>p=0,006</b>	KW=4,216 p=0,121	<b>KW=8,294</b> <b>p=0,016</b>	KW=2,238 P=0,281	<b>F=5,131</b> <b>p=0,006</b>



**Tablo 5. (Devam)** Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Beslenme Egzersiz Davranış Ölçeği Puan Ortalamaları (n=336)

Tanıtıcı Özellikler	Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği Puanları				Toplam BEDÖ X-SD
	Psikolojik (Bağımlı) Yeme Davranışı X-SD	Sağlıklı Beslenme- Egzersiz Davranışı X-SD	Sağlıksız Beslenme- Egzersiz Davranışı X-SD	Öğün Düzeni X-SD	
<b>Anne Eğitim Durumu</b>					
Okuryazar değil-okuryazar (14)	35,89±8,89	43,22±12,54	46,22±9,01	21,00±7,45	147,50±16,56
İlkokul (86)	34,64±9,55	47,29±9,05	47,26±6,96	24,44±4,42	157,67±19,95
Ortaokul (54)	33,19±10,90	46,26±9,91	46,54±8,31	24,24±4,49	153,44±21,52
Lise(99)	34,76±9,80	45,43±9,34	46,77±6,83	24,35±3,40	154,85±20,21
Üniversite ve üzeri (83)	35,49±9,59	46,13±9,13	46,67±7,26	24,84±3,86	156,66±17,78
<b>Test</b>	KW=3,419 p=0,490	F=0,853 p=0,493	KW=0,412 p=0,981	KW=1,845 p=0,764	F=1,090 p=0,361
<b>Anne Çalışma Durumu</b>					
Ev hanımı (167)	34,46±9,01	46,09±9,82	46,26±7,29	24,42±4,43	154,66±18,21
İşçi (51)	35,14±10,43	46,49±9,91	47,14±7,69	24,08±4,72	156,16±22,93
Memur (79)	36,68±9,72	46,81±9,16	47,89±6,91	24,82±3,70	159,79±19,66
Diğer* (39)	31,00±11,61	44,87±7,98	46,67±7,16	23,79±4,34	149,43±19,91
<b>Test</b>	<b>KW=9,743</b> <b>p=0,021</b>	F=0,393 p=0,758	KW=2,964 p=0,397	KW=1,329 p=0,722	F=2,644 p=0,049

**Tablo 5. (Devam) Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Beslenme Egzersiz Davranış Ölçeği Puan Ortalamaları (n=336)**

Tanıtıcı Özellikler	Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği Puanları				Toplam BEDÖ X-SD
	Psikolojik (Bağımlı) Yeme Davranışı X-SD	Sağlıklı Beslenme- Egzersiz Davranışı X-SD	Sağlıksız Beslenme- Egzersiz Davranışı X-SD	Öğün Düzeni X-SD	
<b>Baba Eğitim Durumu **</b>					
İlkokul (67)	34,72±10,77	48,51±10,00	46,34±8,20	23,91±4,85	157,04±21,46
Ortaokul (56)	34,87±1,75	44,62±9,46	46,21±7,25	23,55±3,85	152,43±21,88
Lise (93)	33,63±9,37	46,75±8,32	47,12±6,95	25,16±3,85	156,03±17,23
Üniversite ve üzeri (114)	35,09±9,35	45,36±9,58	46,95±6,98	24,68±3,83	155,71±19,63
<b>Test</b>	KW=0,747 p=0,862	K=6,999 p=0,072	KW=1,033 p=0,793	KW=6,255 p=0,100	KW=2,301 p=0,512
<b>Baba Çalışma Durumu</b>					
İşçi (101)	35,14±9,54	46,96±9,47	47,63±7,06	24,53±4,36	157,54±20,73
Memur (115)	36,13±9,33	46,36±9,27	47,14±6,88	24,81±3,81	158,11±19,13
Serbest meslek (98)	32,97±9,96	44,42±9,28	45,93±7,94	23,61±4,91	150,15±18,89
Diğer*** (22)	32,68±11,89	49,50±9,08	45,50±6,57	25,00±3,39	156,09±17,24
<b>Test</b>	KW=5,926 p=0,115	F=2,347 p=0,073	KW=3,217 p=0,359	KW=3,049 p=0,384	<b>KW=12,179</b> <b>p=0,007</b>

**Tablo 5. (Devam) Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Beslenme Egzersiz Davranış Ölçeği Puan Ortalamaları (n=336)**

Tanıtıcı Özellikler	Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği Puanları				Toplam BEDÖ X-SD
	Psikolojik (Bağımlı) Yeme Davranışı X-SD	Sağlıklı Beslenme-Egzersiz Davranışı X-SD	Sağlıksız Beslenme- Egzersiz Davranışı X-SD	Öğün Düzeni X-SD	
<b>Gelir Durumu</b>					
Gelir giderden az (31)	34,97±9,11	45,84±10,58	48,13±6,69	24,45±4,08	156,71±19,85
Gelir gidere eşit (191)	34,43±10,37	46,46±9,15	46,69±7,41	24,25±4,51	155,13±20,10
Gelir giderden fazla (114)	35,03±9,10	45,80±9,48	46,70±7,15	24,61±3,99	155,78±19,02
<b>Test</b>	KW=0,241 p=0,886	F=0,195 p=0,823	KW=0,553 p=0,759	KW=0,352 p=0,838	KW=0,736 p=0,692
<b>Aile Tipi</b>					
Çekirdek aile (292)	34,32±9,74	46,12±9,46	46,66±7,04	24,46±4,33	154,94±19,32
Geniş aile (30)	38,33±10,33	46,30±9,71	47,73±8,44	23,53±4,45	159,50±23,01
Parçalanmış aile (14)	34,50±9,26	47,28±7,30	48,29±8,95	24,86±3,01	158,21±19,55
<b>Test</b>	KW=4,259 p=0,119	F=0,106 p=0,900	KW=1,432 p=0,489	KW=1,483 p=0,476	F=0,869 p=0,420

\* Serbest meslek, çiftçi ve emekli olan anneleri kapsamaktadır.

\*\*Okuryazar değil-okuryazar olan 6 baba tabloya dahil edilmemiştir.

\*\*\*İşsiz, çiftçi, emekli ve mühendis olan babaları kapsamaktadır.

Öğrencilerin cinsiyeti ile BEDÖ'nin alt boyutu olan psikolojik (bağımlı) yeme davranışına bakıldığında, kız öğrencilerin daha yüksek puan aldığı ancak gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). BEDÖ'nin toplamına bakıldığında ise kız öğrencilerin puanlarının erkek öğrencilere göre anlamlı şekilde daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır ( $p<0,05$ ). Yaş grupları ile psikolojik (bağımlı) yeme davranışı arasındaki karşılaştırmaya göre öğrencilerin yaşı arttıkça ölçeğin bu alt boyutundan aldıkları puan azalmaktadır. Bu alt boyuttan en yüksek puanı 12 yaş ve altı grup alırken, en düşük puanı 14 yaş ve üzeri grup almıştır ( $p<0,05$ ). Yapılan ileri analizlerde, 12 yaş ve altı grup ile 14 yaş ve üzeri grup arasında fark olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin yaşları ile ölçeğin toplam puanına bakıldığında, en yüksek puan 12 yaş ve altı öğrencilerde, en düşük puan 14 yaş ve üzeri öğrencilerde bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Öğrencilerin annelerinin eğitimine göre bu alt boyuta bakıldığında, lise mezunu annelerin çocukları en yüksek puanı, ortaokul mezunu annelerin çocukları ise en düşük puanı almışlardır ( $p>0,05$ ). Annelerinin eğitimi okuryazar değil- okuryazar olan öğrenciler, BEDÖ toplamından en düşük puanı almışlardır ( $p>0,05$ ). Anneleri memur olarak çalışan öğrenciler psikolojik (bağımlı) yeme davranışı alt boyutundan en yüksek puanı alırken, serbest meslek, çiftçi ve emekli anneye sahip öğrenciler en düşük puanı almışlardır. Gruplar arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0,05$ ). Yapılan ileri analizlerde farkın nereden kaynaklandığına bakıldığında, anneleri memur olarak çalışan öğrenciler ile annelerinin mesleği serbest meslek, çiftçi ve emekli olan öğrencilerde fark bulunmuştur. Öğrencilerin annelerinin mesleklerine bakıldığında, ölçeğin toplamından alınan en yüksek puan, anneleri memur olarak çalışan öğrencilerde bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Öğrencilerin babalarının eğitim durumları ile ölçeğin psikolojik (bağımlı) yeme davranışı arasında yapılan karşılaştırmalarda, babası ortaokul mezunu olan öğrenciler en düşük puanı almış fakat gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ortaokul mezunu babaya sahip öğrenciler BEDÖ toplamından en düşük puanı almışlardır ( $p>0,05$ ). Babaları memur olarak çalışan öğrenciler bu alt boyuttan en yüksek puanı almıştır ( $p>0,05$ ). Babaları memur olarak çalışan öğrenciler ölçeğin, tamamından en yüksek puanı almış, gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Gruplar arasındaki bu fark babaları memur olarak çalışan çocuklar ile babaları serbest meslek üyesi olan çocuklar, babaları memur olarak çalışan çocukları ile babaları işçi olarak çalışan çocuklardan kaynaklanmaktadır. Geliri giderinden az olan öğrenciler psikolojik bağımlı yeme davranışı alt boyutundan en yüksek puanı almış ancak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Öğrencilerin gelir durumları ile ölçeğin toplam puanı karşılaştırıldığında, en yüksek puan geliri giderinden fazla olan

öğrencilerde bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Geniş ailesi olan öğrenciler, psikolojik (bağımlı) yeme davranışı boyutundan en yüksek puanı almış, ancak gruplar arasında fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Öğrencilerin aile yapısına bakıldığında, çekirdek aile yapısına sahip olan öğrenciler ölçeğin toplamından en düşük puanı, geniş aileye sahip öğrenciler en yüksek puanı almıştır ( $p>0,05$ ).

Sağlıklı beslenme-egzersiz davranışı alt boyutu ile cinsiyet arasındaki karşılaştırmaya göre erkek öğrenciler daha fazla puan almıştır ( $p>0,05$ ). Öğrencilerin yaş grupları ile sağlıklı beslenme alt boyutuna bakıldığında, 12 yaş ve altı öğrenciler en yüksek puanı almıştır. Analizlerde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Annesi ilkokul mezunu olan öğrenciler sağlıklı beslenme-egzersiz davranışı alt boyutundan en yüksek puanı almış olmakla birlikte, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Annesi memur olan öğrenciler sağlıklı beslenme-egzersiz davranışı alt boyutundan en yüksek puanı alırken, annesinin mesleği serbest meslek, çiftçi ve emekli olan öğrenciler en düşük puanı almıştır ( $p>0,05$ ). Baba eğitim durumuna bakıldığında, sağlıklı beslenme-egzersiz davranışı boyutundan alınan en yüksek puanı babası ilkokul mezunu öğrenciler alırken, en düşük puanı ise babası ortaokul mezunu olan öğrenciler almıştır ( $p>0,05$ ). Babaları serbest meslek üyesi olan öğrenciler sağlıklı beslenme-egzersiz davranışı alt boyutundan en düşük puanı almış ve istatistiksel analizlerde gruplar arasında bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Geliri giderine eşit olan öğrenciler bu alt boyuttan en yüksek puanı almıştır ( $p>0,05$ ). Aile tipi ile sağlıklı beslenme davranışı boyutuna bakıldığında, parçalanmış ailede yaşayan çocuklar en yüksek puanı almışlardır ( $p>0,05$ ).

Cinsiyet ile sağlıksız beslenme-egzersiz davranışı boyutuna bakıldığında, kız öğrencilerin puanı erkek öğrencilere göre daha yüksektir. Yapılan istatistiksel analizlerde de gruplar arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0,05$ ). Öğrencilerin yaşına göre alınan puanlar ile bu alt boyuta bakıldığında, 12 yaş ve altında olan öğrenciler en yüksek puanı almış ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yapılan ileri analizlerde farkın, 12 yaş ve altı öğrenciler ile 13 yaşında olan öğrencilerden kaynaklandığı bulunmuştur. Öğrencilerin annelerinin eğitim durumuna göre sağlıksız beslenme-egzersiz davranışı alt boyutundan alınan en yüksek puan annesi ilkokul mezunu olan öğrencilerde bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Annelerinin mesleği memur olan öğrenciler bu alt boyuttan en yüksek puanı alırken, annelerinin mesleği serbest meslek, çiftçi ve emekli olan öğrenciler en düşük puanı almıştır ( $p>0,05$ ). Babası ilkokul mezunu olan öğrenciler sağlıksız beslenme-egzersiz davranışı alt

boyutundan en yüksek puanı almıştır ( $p>0,05$ ). Babası işçi olarak çalışan öğrenciler bu alt boyuttan en yüksek puanı almış, ancak gruplar arasında fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Geliri giderine eşit olan öğrenciler bu alt boyuttan en düşük puanı alırken, geliri giderinden fazla olan öğrenciler en yüksek puanı almıştır ( $p>0,05$ ). Çekirdek ailede yaşayan öğrenciler sağlıksız beslenme-egzersiz davranışı alt boyutundan en düşük puanı almıştır ( $p>0,05$ ).

Öğün düzeni alt boyutunda, kız öğrenciler erkek öğrencilere göre daha düşük puan almışlar ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Öğrencilerin yaşları ile yapılan karşılaştırmalarda, 14 yaş ve üzeri olan öğrenciler bu alt boyuttan en yüksek puanı almıştır ( $p>0,05$ ). Anneleri ortaokul mezunu olan öğrenciler bu alt boyuttan en düşük puanı almışlardır ( $p>0,05$ ). Bu alt boyuttan annelerinin mesleği serbest meslek, çiftçi ve emekli olan öğrenciler en düşük puanı almış ve yapılan analizlerde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Babası ortaokul mezunu olan öğrenciler bu alt boyuttan en düşük puanı almış, ancak gruplar arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Babalarının mesleği memur olan öğrenciler öğün düzeni alt boyutundan en yüksek puanı almış, serbest meslek sahibi olanlar ise en düşük puanı almıştır ( $p>0,05$ ). Bu alt boyuttan geliri giderinden fazla olan öğrenciler en yüksek puanı, geniş ailede yaşayan öğrenciler ise en düşük puanı almışlardır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.** Öğrencilerin Kan Basıncı, Beden Kütle İndeksi ve Bel-Boy Oranına Göre Beslenme Egzersiz Davranış Ölçeği Puan Ortalamaları (n=336)

Kan Basıncı, Beden Kütle İndeksi, Bel-Boy Oranı Değerleri	Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği Puanları				Toplam BEDÖ X-SD
	Psikolojik Bağımlı Yeme Davranışı X-SD	Sağlıklı Beslenme-Egzersiz Davranışı X-SD	Sağlıksız Beslenme-Egzersiz Davranışı X-SD	Öğün Düzeni X-SD	
<b>Sistolik Kan Basıncı</b>					
Normal (259)	34,68±9,45	46,70±9,33	43,80±7,21	24,63±4,21	156,27±19,26
Prehipertansiyon(26)	34,35±10,40	45,92±10,36	45,85±8,48	24,62±4,01	153,92±20,73
Hipertansiyon (24)	30,92±11,19	43,58±8,69	45,46±6,94	23,54±3,55	146,46±17,13
Malign Hipertansiyon (27)	38,37±10,66	43,74±9,12	49,22±6,37	22,63±5,44	157,55±23,29
<b>Test</b>	KW=7,316 p=0,062	F=1,503 p=0,214	KW=3,954 p=0,266	KW=5,279 p=0,152	F=1,994 p=0,115
<b>Diastolik Kan Basıncı</b>					
Normal (270)	34,62±9,54	46,34±9,35	47,01±7,16	24,61±4,11	155,92±19,72
Prehipertansiyon (38)	33,74±11,21	44,60±10,44	45,05±7,47	23,87±4,79	151,05±19,00
Hipertansiyon (18)	34,06±10,39	47,78±7,86	46,67±7,96	23,72±5,09	155,83±15,67
Malign hipertansiyon (10)	41,10±9,61	45,00±8,89	49,00±7,24	21,70±5,17	160,10±26,62
<b>Test</b>	KW=4,758 p=0,190	F=0,608 p=0,610	KW=3,769 p=0,287	KW=3,655 p=0,301	F=0,872 p=0,456

**Tablo 6. (Devam)** Öğrencilerin Kan Basıncı, Beden Kütle İndeksi ve Bel-Boy Oranına Göre Beslenme Egzersiz Davranış Ölçeği Puan Ortalamaları (n=336)

Kan Basıncı, Beden Kütle İndeksi, Bel-Boy Oranı Değerleri	Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği Puanları				Toplam BEDÖ X-SD
	Psikolojik Bağımlı Yeme Davranışı X-SD	Sağlıklı Beslenme-Egzersiz Davranışı X-SD	Sağlıksız Beslenme-Egzersiz Davranışı X-SD	Öğün Düzeni X-SD	
<b>Beden Kütle İndeksi</b>					
Çok zayıf-Zayıf (42)	33,57±9,04	47,93±9,62	46,90±7,48	25,57±2,90	157,59±19,63
Normal (186)	35,06±9,72	47,00±9,59	47,07±7,50	24,47±4,42	157,09±19,12
Fazla kilolu (51)	34,74±9,89	43,96±7,94	46,55±5,75	23,69±4,37	151,98±19,53
Obez (57)	34,21±10,73	44,21±9,23	46,23±7,57	23,88±4,56	151,84±21,12
<b>Test</b>	KW=1,328 P=0,722	<b>F=2,793</b> <b>p=0,040</b>	KW=1,782 P=0,619	KW=3,874 P=0,275	KW=4,713 P=0,194
<b>Bel-boy Oranı</b>					
0,5'ten küçük (293)	34,95±9,50	46,49±9,51	46,97±±7,36	24,50±4,22	156,31±19,52
0,5'ten büyük (43)	32,90±11,69	44,09±8,23	45,88±6,40	23,63±4,78	149,86±19,96
<b>Test</b>	MU=5664,000 p=0,285	T=1,567 p=0,279	MU=5622,00 p=0,254	MU=5769,500 p=0,321	T=2,019 p=0,770



Tablo 6’da öğrencilerin kan basıncı değerleri, BKİ ve bel boy oranları ile BEDÖ’nin toplam puanı ve alt boyutlarından alınan puanlar karşılaştırılmıştır. Sistolik kan basıncı değeri hipertansiyon olan öğrenciler psikolojik (bağımlı) yeme davranışı boyutundan en düşük puanı almıştır ( $p>0,05$ ). Sistolik kan basıncı malign hipertansiyon olan öğrenciler BEDÖ’nin toplamından en yüksek puanı almış, ikinci en yüksek puanı ise normal kan basıncı değerine sahip öğrenciler almışlardır ( $p>0,05$ ). Diyastolik kan basıncı değerine bakıldığında, malign hipertansiyona sahip olan öğrenciler psikolojik (bağımlı) yeme davranışı alt boyutundan ve ölçeğin toplamından en yüksek puanı almışlardır ( $p>0,05$ ). BKİ değerlerine bakıldığında, BKİ normal olan öğrenciler ölçeğin psikolojik (bağımlı) yeme davranışı boyutundan ve ölçeğin toplamından en yüksek puanı almıştır ( $p>0,05$ ). Ölçeğin toplam puanı ve psikolojik (bağımlı) yeme davranışı ile bel boy oranına bakıldığında, bel boy oranı 0,5’ten küçük olan öğrenciler en yüksek puanı almıştır ( $p>0,05$ ).

Sistolik kan basıncı değeri ve diyastolik kan basıncı değeri ile sağlıklı beslenme-egzersiz davranışına bakıldığında, normal sistolik kan basıncı değerine sahip öğrenciler en yüksek puanı alırken, diyastolik kan basıncı değeri prehipertansiyon olan öğrenciler bu alt boyuttan en düşük puanı almıştır ( $p>0,05$ ). BKİ’ne göre çok zayıf-zayıf olan grup bu alt boyuttan en yüksek puanı almıştır. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sağlıklı beslenme-egzersiz davranışı ile bel boy oranına bakıldığında, bel boy oranı 0,5’ten büyük olan öğrenciler ölçeğin bu boyutundan daha az puan almıştır ( $p>0,05$ ).

Sağlıksız beslenme-egzersiz davranışı ile sistolik kan basıncı değeri ve diyastolik kan basıncı değeri karşılaştırıldığında, malign hipertansiyonu olan öğrencilerin en yüksek puanı aldığı ortaya çıkmıştır ( $p>0,05$ ). BKİ ile sağlıksız beslenme egzersiz davranışı arasında yapılan analizlerde en yüksek puanı normal BKİ’ne sahip öğrenciler almıştır ( $p>0,05$ ). Sağlıksız beslenme-egzersiz davranışında, bel boy oranı 0,5’ten küçük olan öğrenciler en fazla puanı almış ancak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Öğün düzeni ile sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncı değerlerine bakıldığında, en düşük puan malign hipertansiyon olan öğrencilerde bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizlerde anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). BKİ’i çok zayıf-zayıf öğrenciler öğün düzeni alt boyutundan en yüksek puanı almıştır, bel boy oranı 0,5’ten küçük olan öğrenciler ise en düşük puan almıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 7.** Çocuk Kalp Sağlığı Geliştirme Tutum Ölçeği ve Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

ÇKSGTÖ Puan Ortalamaları*	BEDÖ Puan Ortalamaları**				
	Psikolojik (Bağımlı) Yeme Davranışı	Sağlıklı Beslenme -Egzersiz Davranışı	Sağlıksız Beslenme-Egzersiz Davranışı	Öğün Düzeni	Toplam BEDÖ
<b>Fiziksel Aktivite</b>	r=-0,57 p=0,297	r=-0,504 p=0,001	r=-0,004 p=0,945	r=-0,241 p=0,001	r=-0,341 p=0,001
<b>Beslenme</b>	r=-0,068 p=0,215	r=-0,474 p=0,001	r=-0,156 p=0,004	r=-0,421 p=0,001	r=-0,380 p=0,001
<b>Sigara İçme</b>	r=-0,063 p=0,250	r=-0,246 p=0,001	r=-0,205 p=0,001	r=-0,133 p=0,001	r=-0,285 p=0,001
<b>Stres Kontrolü</b>	r=-0,120 p=0,027	r=-0,408 p=0,001	r=-0,046 p=0,402	r=-0,240 p=0,001	r=-0,336 p=0,001
<b>Toplam ÇKSGTÖ</b>	r=-,0134 p=0,014	r=-0,627 p=0,001	r=-0,134 p=0,014	r=-0,401 p=0,001	r=-0,507 p=0,001

r= Spearman Korelasyon Katsayısı

\* Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği

\*\*Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği

Tablo 7’de Spearman Korelasyon analizi ile Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği ve Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Fizik aktivite alt boyutu ile öğün düzeni alt boyutu arasında zayıf düzey negatif yönlü anlamlı bir ilişki ( $r=-0,241$   $p=0,001$ ) varken, sağlıklı beslenme-egzersiz davranışı ( $r=-0,504$   $p=0,001$ ) ve toplam BEDÖ ( $r=0,341$   $p=0,001$ ) arasında orta düzey negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Beslenme alt boyutu ile sağlıklı beslenme-egzersiz davranışı ( $r=-0,47$   $p=0,001$ ), öğün düzeni ( $r=-0,421$   $p=0,001$ ) alt boyutları ile toplam BEDÖ ( $r=-0,380$   $p=0,001$ ) arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Sigara içme alt boyutu ile sağlıklı beslenme-egzersiz davranışı ( $r=-0,205$   $p=0,001$ ), sağlıklı beslenme-egzersiz davranışı ( $r=-0,246$   $p=0,001$ ), öğün düzeni ( $r=-0,133$   $p=0,001$ ) alt boyutları ve BEDÖ ( $r=-0,285$   $p=0,001$ ) arasında negatif yönlü zayıf düzey bir ilişki saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Stres kontrolü alt boyutu ile sağlıklı beslenme-egzersiz davranışı ( $r=-0,408$   $p=0,001$ ) ve toplam BEDÖ ( $r=-0,336$   $p=0,001$ ) arasında negatif yönlü orta düzey bir ilişki bulunmuştur. Toplam ÇKSGTÖ puanı ile sağlıklı beslenme-egzersiz davranışı ( $r=-0,627$   $p=0,001$ ), öğün düzeni ( $r=-0,401$   $p=0,001$ ) ve toplam BEDÖ toplam puanı ( $r=-0,507$   $p=0,001$ ) arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ( $p<0,001$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde adölesanların bazı sosyodemografik özellikleri ile Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği ve Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği'ne ilişkin elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan kız öğrenciler erkeklere göre daha az puan almakla birlikte, öğrencilerin kız ya da erkek olmaları egzersize yönelik tutumlar arasında anlamlı bir fark yaratmamıştır (Tablo 3) ( $p>0,05$ ). Egzersiz ile ilgili tutumların davranışa yansıdığı göz önüne alındığında bu sonuç, erkek öğrencilerin egzersiz davranışları açısından olumsuz bir durum olarak değerlendirilmektedir. Bu sonuçla benzer olmakla birlikte ülkemizde yapılan bir çalışmada, erkek öğrencilerin % 80,7'sinin, kız öğrencilerin ise %59,7'sinin spor yaptığı ortaya çıkmıştır (Yılmaz, Çiçek ve Kaner, 2018). Yurt dışında yapılan bir çalışmada da cinsiyete göre gruplar arasında fark saptanmamıştır (Arora, Gupta ve Singh, 2017). Yapılan çalışmalarda da erkek öğrencilerin fiziksel aktivite ile ilgili tutumlarının kız öğrencilere göre daha olumlu oldukları görülmektedir (Çetinkaya ve ark. 2017, Bebiş, Akpınar, Özdemir ve Kılıç, 2015, Junior ve ark.,2015, Abreu ve ark.,2013). Bu sonucun örneklemin seçildiği bölgenin coğrafi ve kültürel yapısına bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu bölgede yaşayan bireylerin kız çocuklarına verdikleri değer göz önünde bulundurulduğunda, kız öğrencilerin fizik aktivite tutumlarının daha olumlu olması beklenen bir sonuç olabilir. Bu çalışmada kız öğrencilerin beslenme ile ilgili tutumları erkek öğrencilere göre daha olumludur ( $p>0,05$ ). Fakat yapılan bazı çalışmalara bakıldığında; Koç ve Yardımcı'nın (2018) yaptığı bir çalışmada kötü diyet listesi olan öğrencilerin %53,9'u kız ve %46,1'i ise erkek olarak bulunmuştur. Çetinkaya ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu başka bir araştırmada kız öğrencilerin beslenme ile ilgili olumsuz tutumlara sahip olduğu belirlenmiştir. Kız öğrencilerin adölesan dönemde erkek öğrencilere göre daha fazla dış görünüşe önem verdikleri göz önünde bulundurulduğunda, bu sonucun kızların zayıflamak için yanlış diyet uygulamalarına başvurmalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Pearson ve arkadaşlarının (2009) yaptığı bir çalışmada erkek öğrenciler kız öğrencilere oranla gün içinde daha çok atıştırmalık ürün tüketip, kız öğrencilere göre daha fazla kahvaltı yaptıkları bulunmuştur. Öğrencilerin sigara ile ilgili tutumları cinsiyete göre farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Bu çalışmada da ülkemizdeki araştırmalara paralel olarak erkek öğrencilerin sigara ile ilgili tutumları daha olumsuzdur. Çavdar ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla sigara içtiği belirlenmiştir. Ayçiçek'in (2014)

yapmış olduğu bir araştırmada, erkek adölesanların %19'unun, kız adölesanların da %9'unun sigara içtiği belirlenmiştir. 2018 yılında yapılan bir başka çalışmada erkek öğrencilerin sigara içme alışkanlıkları kız öğrencilere göre daha fazla bulunmuştur (Alkaç ve ark., 2018). Bu çalışmada kız öğrencilerin stres kontrolüne ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Aktaş Özakgöl ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada da, kız öğrencilerin stres yönetimlerinin daha olumlu olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada kızların erkelere göre stresle başa çıkmalarının daha olumlu olmasının nedeni kızların erkelere göre kendilerini daha rahat ifade etmeleri, daha yakın arkadaşlık ilişkileri kurabilmeleri, arkadaş ve aileleri ile sorunlarını daha rahat paylaşma eğilimlerinden kaynaklanabilir.

Bu çalışmada, 14 yaş ve üzeri öğrencilerin egzersize yönelik tutumlarının 12 yaş ve altı öğrencilere göre daha olumsuz olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo3) ( $p>0,05$ ). Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, fiziksel aktivite düzeylerinin lise dördüncü sınıf öğrencilerinde, lise birinci ve ikinci sınıflara göre daha az olduğu saptanmıştır (Karayağız Muslu ve Aygün, 2017). Bu araştırmada da benzer sonuç göz önünde bulundurulduğunda, son sınıfta egzersiz düzeyinin azalmasına neden olarak, öğrencilerin adölesan dönem özellikleri yanında yoğun sınav tempoları nedeniyle fiziksel aktiviteye zaman ayıramamaları da olduğu düşünülebilir. Bu çalışmada yaş grupları arasında beslenme alt boyutunda çok büyük fark olmasada yaşın artışı ile birlikte beslenme tutumları olumsuz etkilenmektedir ( $p<0,05$ ). İki bin on sekiz yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların yaş gruplarına göre sağlıklı yemek yeme durumları karşılaştırıldığında, kötü diyet kalitesine sahip olanların %42,6'sı 10-12 yaş, %27,0'si 13-14 yaş ve %30,4'ü ise 15-18 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Koç ve Yardımcı, 2018). Yapılan başka bir çalışmada ise bu bulgu ile ters bir şekilde, yaş arttıkça sebze ağırlıklı beslenme tarzı anlamlı düzeyde artmaktadır (Pearson ve ark. 2009). Yaş arttıkça bilgi ve deneyime bağlı olarak daha olumlu sağlık tutum ve davranışları beklenirken, bu çalışmada örneklemin adölesan yaş grubundan oluştuğu dikkate alındığında, bu sonuçların adölesan dönem özellikleri ile ilişkili olduğu söylenebilir. Adölesanlarda risk alma davranışının yüksek olması, akran ve diğer çevresel faktörler, kimlik kazanımı ve bağımsız olma çabası, kurallara karşı çıkma gibi davranış özellikleri onları sağlıksız tutum ve davranışlara yönlendirebilmektedir. Bu çalışmada yaş arttıkça sigaraya yönelik tutumların olumsuzlaştığı görülmüştür. İstatiksel olarak anlamlı olmasa da, öğrencilerin sigara tutumlarının yaşın artması ile olumsuz yönde arttığı, başka bir ifade ile adölesanların sigara içme eğilimlerinin arttığı görülmektedir. Alkaç ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada lise son sınıf ve sonrasında sigara içme durumlarının anlamlı yönde yüksek olduğu bulunmuştur.

Akcan Kara ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu bir araştırmada ise 12-15 yaş adölesanlarda sigarayı denemenin diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da adölesanlarda yaş arttıkça sigara içme oranları artmaktadır (Çavdar ve ark., 2016). Bu dönemde adölesanların sigaraya yönelik eğilimlerinin artması, yeni deneyimlere yönelik merak duyguları, risk alma davranışlarının yüksek olması, akranlarına ve çevrelerine kendini kabul ettirme çabaları gibi özelliklerle ilişkilendirilebilir. Bu çalışmada yaş arttıkça çocuklarda stres yönetimi de azalmaktadır ( $p>0,05$ ). Bu durumun nedeni olarak çocukların bu dönemde yaşadıkları yoğun sınav kaygılarının başa çıkma yöntemlerini olumsuz etkilediği ileri sürülebilir.

Anneleri ortaokul ve üniversite ve üzeri eğitim alan öğrencilerin fizik aktivite ve beslenme ile ilgili daha olumsuz tutumlara sahip oldukları belirlenmiştir. Lise mezunu annelerin çocukları ise fizik aktivite ile ilgili daha olumlu düşünmektedirler (Tablo 3). Bebiş ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında lise ve üzeri eğitime sahip annelerin çocuklarının egzersizle ilgili olan düşünceleri daha olumlu bulunmuştur. Musavian ve arkadaşlarının (2014) İran’da, Ortabağ ve arkadaşlarının (2011) Türkiye’de yaptıkları çalışmada anne ve babası lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olan adölesanlarda fiziksel aktivite ile ilgili tutumları daha olumludur. Önceki çalışmaların aksine bu çalışmada, üniversite ve üzeri eğitim alan annelerin çocuklarının egzersiz tutumları daha olumsuz bulunmuştur. Bu durum örnekleme alınan grubun bu çalışmada ele alınmayan çeşitli özellikleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada annelerinin eğitim düzeyi üniversite ve üzeri mezun olan öğrencilerin beslenme tutumları daha olumsuz bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yapılan başka bir araştırmada annenin eğitim düzeyinin yüksek olması adolesanların beslenme alışkanlıkları üzerinde etkili olduğu; adolesanların meyve tüketimini olumsuz etkilerken, çay tüketimini azalttığı ve günde 3 öğün beslenme oranlarını artırdığı bulunmuştur (Akman, Tüzün ve Ünalın, 2012). Aslında eğitim seviyesi arttıkça bilgi düzeylerinin arttığı göz önünde bulundurulduğunda, anne eğitim seviyesinin yüksek olması çocukların beslenmesine olumlu yönde etki ediyor olması gerektiği düşünülebilir. Fakat kadının iş yaşamına girmesi ile birlikte ev hayatına ve çocuklara ayrılan zamanın azalması çocukların beslenme düzeylerini olumsuz etkileyebildiği düşünülmektedir. Annenin eğitim düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olmasa da öğrencilerin sigaraya yönelik tutumlarını olumlu şekilde etkilemiştir (Tablo 3) ( $p>0,05$ ). Bu sonuç Emektar ve arkadaşlarının çalışmasına (2017) benzerdir. Bu çalışmada çocukların stresle baş etme durumları da anne eğitimine paralel olarak artmıştır. Annelerin

eğitim seviyesinin yüksek olmasının çocukların bilgi, tutum ve davranışlarına olumlu yönde yansiyacağı söylenebilir.

Babalarının eğitim durumu ilkokul ile niversite ve üzeri olan öğrencilerin fizik aktivite tutumları daha olumlu bulunmuştur (Tablo 3). Fiziksel aktivite ile ilgili yapılan bir çalışmada, öğrencilerin babasının lise ve üzeri eğitim görmesinin egzersiz düzeyini olumlu yönde ve fark yaratacak düzeyde etkilediği bulunmuştur (Bebiş, Akpınar, zdemir ve Kılıç, 2015). Üniversite ve üzeri eğitim alan babaların çocuklarının bu çalışmadaki olumlu tutumları literatürle uyumludur. İlkokul mezunu babaların çocuklarının bu çalışmadaki olumlu tutumları ise, örnekleme alınan ilkokul mezunu babaların çocuklarının diğer gruplara göre daha az sayıda olmasından kaynaklanmış olabilir. Babaları niversite ve üzeri eğitim almış çocukların beslenme tutumları, babaları ilkokul mezunu olanlara göre daha düşük düzeyde bulunmuştur (Tablo 3) ( $p<0,05$ ). Kayseri ilinde yapılan benzer bir çalışmada babası niversite mezunu olan öğrencilerde obezite oranı diğerlerine göre yüksek bulunmuştur (Yılmaz, iek ve Kaner, 2018). Başka bir çalışmada ise, babanın eğitim durumunun düşük olmasının ve işsizliğin obezite ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Bili-Kirin ve ark., 2014). Babaları niversite ve üzeri mezun olan çocukların sigara içme eğilimleri daha düşüktür. Başka bir çalışmada ise, babanın eğitim durumunun sigara içme davranışında etkili olmadığı ortaya çıkmıştır (Alkaç ve ark., 2018). Üniversite ve üzeri eğitim alan babaların çocuklarındaki egzersiz ve sigara içme eğilimine ilişkin bu olumlu tutumlarla ilgili olarak, anne eğitiminde olduğu gibi babanın eğitim seviyesinin artmasının çocuklarının egzersiz ve sigara içme eğilimi ile ilgili tutumlarına olumlu yansıdağı söylenebilir.

Anneleri serbest meslek yesi, ifti ve emekli olan öğrenciler fiziksel aktivite, beslenme, sigara içme ve stres kontrolü alanlarında daha olumsuz tutumlara sahiptirler (Tablo 3) ( $p>0,05$ ). Memur annelerinin çocukları sigara içme ve stres kontrolü alanlarında daha olumlu tutumlara sahiptirler. Babalarının mesleği işçi olan öğrencilerin fizik aktivite, beslenme ve stres kontrolü tutumları daha olumlu bulunmuştur (Tablo 3) ( $p>0,05$ ). Babalarının mesleği memur olanların ise sigara içme eğilimleri daha olumludur ( $p<0,05$ ).

Öğrencilerin gelir durumuna göre fizik aktivite ile ilgili tutumlarında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, gelir düzeyinin azalması fizik aktivite ile ilgili tutumları olumsuz etkilemektedir. İki bin on yedi yılında yapılan bir çalışmada öğrencilerin gelir seviyesi arttıkça fizik aktivite düzeylerinin arttığı bulunmuştur (etinkaya ve ark., 2017). Yapılan alışmalar, eğitim düzeyi, gelir gibi sosyodemografik özelliklerdeki iyileşmelerle birlikte

sağlıklı yaşam davranışlarının da olumlu yönde etkilendiğini ortaya koymaktadır. Anne ve babaların eğitim seviyesinin, ailenin gelir düzeyinin sağlıklı yaşam davranışlarını etkilediği bulunmuştur. Ebeveynlerin eğitim seviyesinin ve gelirlerinin artması sağlıklı yaşam davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir (Adıbelli ve ark., 2017; Vural ve Bakır, 2015; Aksoy ve Uçar, 2014). Veriler istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte gelir durumu arttıkça öğrencilerin beslenme ile ilgili tutumlarının olumsuzlaştığı görülmektedir. Savaşhan ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çocukluk dönemi obezitesi ile ilgili çalışmasında anne ve babanın gelir düzeylerinin çocuk obezitesi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Geliri fazla olan ailelerin çocuklarında kilolu ve obez olma riski daha fazla bulunmuştur. Yüksek sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarında obezite, kızlarda %15,7, erkeklerde %19,4 oranında bulunmuştur. Ailelerin gelir seviyesinin yüksek olması, öğrencileri abur cubur ve fastfood tarzı gibi olumsuz beslenme alışkanlıklarına yönlendiriyor olabilir. Gelir durumu ile öğrencilerin sigara içme eğilimi tutumlarında göre gruplar arasında fark olmasa da gelir seviyesi iyi ailelerin çocuklarının sigara içme tutumları olumsuz yönde yüksek bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Bunun sebebi değerlendirildiğinde, ekonomik nedenlerden dolayı sigaraya ulaşmak bu öğrenciler için daha kolay olabileceği düşünülmektedir. Geliri giderine eşit olan ailerde yaşayan çocukların stres yönetimi daha zayıf bulunmuştur. Fakat bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farka neden olmamaktadır. Aksoy'un 2018 yılında yapmış olduğu çalışmada gelir durumunun yüksek olması stresle baş etmelerini de olumlu etkilediği ortaya konmuştur.

Çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin fizik aktivite, beslenme alt boyutlarından ve Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği'nin toplamından daha olumsuz tutumlara sahip oldukları bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Yapılan bir çalışmada, aile tipine bakılmaksızın çocukları ile ilgilenen ve demokratik tutum sergileyen ebeveynlerin otoriter- aşırı hoşgörülü ve ihmal edici davranışlar gösteren ebeveynlere göre daha olumlu diyet davranışı göstermişlerdir (Pearson ve ark., 2009). Aktaş Özakgöl ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada geniş ailede yaşayan öğrencilerin fizik aktiviteden daha olumsuz tutum sergiledikleri görülmüştür. Sigara içme boyutunda en olumsuz tutum geniş ailede yaşayan öğrencilerde iken, stres kontrolü alt boyutunda tutum parçalanmış ailede yaşayan öğrencilerde bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Yapılan bir çalışmada geniş ailede yaşayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında daha olumsuz düşündükleri belirlenmiştir (Özakgöl ve ark., 2017). Babaanne, anneanne ve dede ya da başka aile büyüğü ile yaşayan çocukların daha rahat büyümeleri ve farklı ebeveyn tutumları çocukları yanlış tutum ve davranışlara yöneltmiş olabilir.



Bu çalışmada psikolojik (bağımlı) yeme davranışının kız öğrenciler arasında daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 5) ( $p>0,05$ ). Akan'ın (2018) çalışmasında psikolojik bağımlı yeme davranışı cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yaratmamıştır. Aynı tabloda kız öğrencilerin sağlıksız beslenme-egzersiz davranışları erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yapılan bir çalışmada, erkek öğrencilerin sağlıksız beslenme egzersiz davranışları kız öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur (Akan,2018). Yapılan çalışmalara bakıldığında, her gün gazlı içecekleri tüketen öğrencilerin %93,2'si kız %85,5'i erkek olarak bulunmuştur (Akman, Tüzün ve Ünalın, 2012). Demirezen ve Coşansu'nun (2005) yapmış olduğu bir çalışmada ise erkek öğrencilerin daha fazla riskli beslenme davranışında buldukları tespiti edilmiştir. Kalay ve Türkmen'in (2015) çalışmasında psikolojik (bağımlı) yeme davranışının öğrenciler arasında orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, erkek öğrencilerin istatistiksel olarak anlamlı olmasada sağlıklı beslenme davranışları daha olumlu bulunmuştur (Tablo 5). Kız öğrenciler ile erkek öğrencilerin beslenme tutumları karşılaştırıldığında (Tablo 2), kız öğrenciler daha olumlu tutumlara sahip iken, bunun davranışa yansıdığı BEDÖ'ne bakıldığında kız öğrencilerin sağlıklı beslenme egzersiz davranışlarının erkeklere göre düşük olduğu ve sağlıksız beslenme egzersiz davranışlarının istatistiksel olarak da anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 5) ( $p<0,05$ ). Daha ince bir görüntüye sahip olma, fiziksel çekicilik gibi nedenlerle bu olumlu tutumların davranışa yansımada düşünülmemektedir. Yapılan başka bir çalışmada da kız öğrencilerin sağlıksız beslenme davranışları erkeklere göre daha fazla bulunmuştur (Kalay ve Türkmen, 2015). Bu çalışmada, cinsiyet ile öğün düzeni karşılaştırıldığında, veriler istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Fakat yapılan analizlerde, erkek öğrencilerin öğün düzeninden aldıkları puanlar daha fazla bulunmuştur. Ülkemizdeki benzer çalışmalarda, cinsiyetin öğün düzenini anlamlı bir şekilde etkilemediği, fakat erkek öğrencilerin öğünlerinin daha düzenli olduğu bulunmuştur (Akan, 2018; Kalay ve Türkmen, 2015). Bu çalışmada BEDÖ'nden kız öğrencilerin erkeklere göre daha olumlu davranış sergiledikleri belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Tablo 2'de görüldüğü gibi kız öğrencilerin beslenme tutumları da olumlu bulunmuştur.

Adölesanlarda yaş arttıkça psikolojik (bağımlı) yeme davranışı azalmaktadır ( $p<0,05$ ). Öğrencilerin sağlıklı beslenme-egzersiz davranışları yaşları arttıkça azalmaktadır ( $p>0,05$ ). Sağlıksız beslenme egzersiz davranışı 12 yaş grubunda diğerlerine göre daha fazla bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Fakat yaş arttıkça sağlıklı beslenme egzersiz davranışlarının da azaldığı görülmektedir. Öğün düzeni alt boyutunda gruplar arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ). Yaş arttıkça ölçeğin toplamından alınan puan azalmaktadır ( $p<0,05$ ). Yapılan bir çalışmada

adölesanların yaşları ile psikolojik (bağımlı) yeme davranışı, sağlıksız beslenme egzersiz davranışı, öğün düzeni alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamış, bu çalışmanın bulgularına paralel olarak sağlıklı beslenme davranışının ise yaş arttıkça azaldığı görülmüştür (Akan, 2018). Yapılan başka bir benzer çalışmada da ortaokul öğrencilerinin yaşları arttıkça sağlıklı beslenme-egzersiz davranışlarının azaldığını belirtilmiştir (Tümer, Gök ve Evren, 2014). Bu çalışma da yapılan benzer çalışmaları desteklemektedir. Örneğin; Bebiş ve arkadaşlarının (2015) Ankara’da bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarına yönelik yaptığı çalışmada beslenme ve egzersiz davranışları yaş arttıkça olumsuz yönde ilerlemektedir. Adölesan dönem insan gelişiminin en dinamik dönemlerinden biridir ve belirgin fiziksel, bilişsel, sosyal ve duygusal değişikliklerle karakterizedir. Bu değişimler, adölesanların artan bağımsızlığı, kimlik arayışı, dış görünüme verilen önem, akranlar tarafından kabul edilme ihtiyacı ve aktif yaşam tarzı ile birlikte yeme davranışlarını ve beslenme durumlarını önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Köksal, Küçükerdönmez, 2018). Yaş arttıkça bu özelliklerin belirginleşmesi öğrencilerin davranışlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Annelerin eğitim durumunun öğrencilerin beslenme egzersiz davranışlarını etkilemediği ortaya çıkmıştır (Tablo 5). Psikolojik (bağımlı) yeme davranışı en düşük ortaokul mezunu annelerin çocuklarında bulunmuş ve annelerinin eğitim seviyesi arttıkça öğrencilerin psikolojik (bağımlı) yeme davranışlarının arttığı saptanmıştır. İlkokul mezunu annelerin çocuklarında sağlıklı beslenme-egzersiz davranışı daha olumlu bulunmuştur. Annesi okuryazar değil-okuryazar olan öğrenciler sağlıksız beslenme egzersiz davranış ve öğün düzenleri diğer gruplara göre daha olumsuz bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Annesi okuryazar değil-okuryazar olan öğrencilerin fiziksel aktivite tutumlarının lise ve üzeri eğitim almış annelerin çocuklarına göre olumsuz olduğu görülmektedir (Tablo 3). Bunun nedeni olarak örnekleme alınan öğrencilerin okuryazar değil-okuryazar annelerinin sayısının az olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Yapılan çalışmalara bakıldığında, bu çalışmaya benzer sonuçlar bulunmuştur (Kalay ve Türkmen, 2015). Ülkemizde yapılan çalışmada, anne eğitim düzeyi artışının adolesanların beslenme alışkanlıkları üzerinde etkisi olduğu; adolesanların meyve tüketimini olumsuz etkilerken, çay tüketimini azalttığı ve günde 3 öğün beslenme oranlarını arttırdığı saptanmıştır (Akman, Tüzün Ve Önalın, 2012). Yapılan başka bir çalışmada anne eğitim durumuna göre beslenme ve egzersiz davranışları ile ilgili lise ve üzerinde eğitime sahip annelerin çocuklarının daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları

bulunmuştur (Bebiş ve ark, 2015). Annelerin eğitim seviyelerinin yüksek olması, doğru beslenme alışkanlıklarının çocuklara verilmesi ve sürdürülmesinde etkili olduğu söylenebilir.

Öğrencilerin annelerinin mesleklerine bakıldığında, annesi memur olarak çalışan öğrencilerin beslenme egzersiz davranışları diğer gruplara göre daha olumludur (Tablo 5). Öğrencilerin annelerinin meslekleri ile psikolojik (bağımlı) yeme davranışı karşılaştırmasında fark anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Babanın eğitim düzeyinin öğrencilerin beslenme egzersiz davranışlarında etkili olmadığı saptanmıştır. Fakat yapılan bazı çalışmalarda baba eğitim düzeyinin öğrencilerin beslenme-egzersiz davranışlarını etkilediği bulunmuştur (Daştan, Çetinkaya ve Delice, 2014). Öğrencilerin babalarının çalışma durumu ile yapılan karşılaştırmalarda alt gruplarda anlamlı bir farkın olmadığı fakat, ölçeğin toplamına bakıldığında gruplar arasında fark olduğu görülmüştür. Babası serbest meslek üyesi olan öğrencilerin beslenme-egzersiz davranışları, babası memur olanlara göre daha olumsuz bulunmuştur. Ebeveynlerin eğitim durumları ve çalışma durumlarının öğrencilerin sağlıklı beslenme alışkanlıklarını etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Adıbelli ve ark., 2017; Bebiş ve ark., 2015; Kalay ve Türkmen, 2015). Bireylerin eğitim seviyelerinin yüksek olması, gelecek nesillerin sağlıklı bireylerin yetişmesinde ne kadar önemli olduğu ile ilgili çalışmalarda ortaya konmuştur.

Gelir durumunu ile psikolojik (bağımlı) yeme davranışı karşılaştırıldığında geliri giderinden fazla olan öğrencilerin psikolojik (bağımlı) yeme davranışının daha fazla olduğu belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Bebiş ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında gelir durumunun beslenme egzersiz davranışında etkili olduğu bulunmuştur. Geliri giderine eşit olan öğrenciler sağlıklı beslenme-egzersiz davranışları daha olumlu iken, sağlıksız beslenme egzersiz davranışı en olumsuz olan öğrenciler geliri giderinden az olanlarda bulunmuştur. Öğün düzeni en düzenli olan öğrenciler ise geliri giderinden fazla olan ailelerde bulunmuştur ( $p > 0,05$ ).

Adölesanların aile tipi ile BEDÖ toplam puanları ve alt ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan benzer çalışmada da, katılımcıların aile tipi ile ölçek toplam puan ve alt ölçek gruplarında yüksek puan ortalamasına sahip olma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Bebiş ve ark, 2015). Bu çalışmada aile tipi geniş aile olan öğrencilerin BEDÖ toplam puanı daha fazla bulunmuştur. Ailenin çekirdek yapıda olması, çocuklarla birlikte zaman geçirmemeleri ile toplumsal yapımız düşünüldüğünde geniş ailede yaşayanların çocuklarla ilgilenme sürelerinin daha uzun olmasından kaynaklanabilir. Parçalanmış ailede yaşayan öğrenciler sağlıklı beslenme egzersiz

davranışı, sağlıksız beslenme egzersiz davranışı ve öğün düzeni alt boyutların en yüksek puanı almıştır ( $p>0,05$ ). Parçalanmış ailede yaşayan öğrencilerin az sayıda olmasından dolayı böyle bir sonuç çıkmış olabilir.

Hipertansiyon erişkin hastalığı olarak görülmekle birlikte, son yıllarda çocukluk döneminde tanı konması ve gerekli koruyucu önlemlerin alınması önem arz etmektedir (Aydın Yoldemir ve Yoldemir, 2015). Sistolik ve diyastolik kan basıncı değeri yüksek olan, psikolojik (bağımlı) yeme davranışı olan, BKİ ve bel boy oranı yüksek olan, sigara içen ve stresle yeterince baş edemeyen öğrencilerin fiziksel egzersiz tutum ve davranışlarının daha olumsuz olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 4) (Tablo 5). Bu bulgu yapılan çalışmaları destekler niteliktedir (Çam ve Top 2015; Yılmaz ve Özel, 2016) Bilindiği gibi egzersiz kan basıncını düzenlemede, kilo kontrolünde ve stres yönetiminde olumlu bir uygulamadır. Bu doğrultuda, bu çalışmada egzersiz yapmayanların kan basınçlarının yüksek olması, BKİ fazla olması ve stresle baş etme güçlerinin zayıf olması beklenen bir sonuç olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma adölesanların kalp sağlıkları ile ilgili tutumlarını ve beslenme egzersiz davranışlarını belirlemek için yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

### 6.1 SONUÇLAR

Bu araştırmadaki adölesanların kalp sağlığı geliştirme tutumları ve beslenme egzersiz davranışlarına ilişkin sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

- Kız öğrencilerin fizik aktivite tutumları, beslenme tutumları, sigara içme ve stres yönetim puanları kalp sağlıklarını geliştirme yönünden daha iyi düzeyde bulunmuştur.
- Ölçeğin toplam puanında ve alt boyutlarında öğrencilerin yaşı arttıkça kalp sağlığı tutumları olumsuz yönde etkilenmektedir.
- Anneleri ve babaları üniversite ve üzeri mezun olan ve işçi olarak çalışan öğrencilerin beslenme tutumları daha olumsuzdur.
- Gelir seviyesi iyi olan ailelerin çocuklarının fizik aktivite tutumları daha olumludur.
- Yapılan analizler anlamlı düzeyde olmamakla birlikte Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeğinden çekirdek ailede yaşayan öğrenciler daha olumsuz puanlar almışlardır.
- Ebeveynleri memur olan, üniversite ve üzeri eğitim almış olan öğrencilerin sigara içmeye karşı tutumları daha olumsuzdur.
- Gelir seviyesi arttıkça öğrencilerin sigara içme tutumları ve sigara içme eğilimleri artmaktadır.
- Öğrencilerin annelerinin eğitim seviyesi arttıkça stres kontrolleri de artmaktadır.
- Fizik aktivite tutum puanları olumsuz olarak belirlenen öğrencilerin sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncı değerleri daha yüksek bulunmuştur.

- Obez öğrencilerin, fizik aktivite, beslenme davranışları, stres kontrolleri ve sigara içme tutumları daha olumsuzdur.
- Bel boy oranı yüksek olan öğrencilerin kalp sağlıklarını geliştirme tutumları daha olumsuzdur.
- Kız öğrencilerin beslenme tutum puanları daha olumlu olmasına rağmen, psikolojik (bağımlı) yeme davranışı ve sağlıksız beslenme davranışı puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kız öğrenciler daha düzensiz beslenmektedir.
- Öğrencilerin yaşı arttıkça psikolojik (bağımlı) yeme davranışı azalmakta, beslenme tutum ve davranışları olumsuzlaşmaktadır.
- Geliri giderinden fazla olan ailelerin çocuklarının psikolojik (bağımlı) yeme davranışı ve sağlıksız beslenme davranış puanları daha yüksektir.
- Geniş ailede yaşayan öğrencilerin besleme egzersiz davranışları daha olumludur.
- Normal kilolu ve zayıf olan, sistolik kan basıncı değeri normal olan öğrencilerin beslenme tutum ve davranış puanları daha yüksektir.

## 6.2. Öneriler

Yukarıda belirtilen sonuçlar doğrultusunda aşağıda önerilerde bulunulmuştur.

- Okul sağlığı hizmetleri kapsamında sağlıklı beslenme, egzersiz, sigara içmeyi önleme ve stres kontrolü gibi konularda eğitimlere yer verilmeli ve öğrencilerin sağlıklı davranış kalıpları oluşturmaları desteklenmelidir.
- Cinsiyete göre farklılık gösteren sağlıksız davranışları bireylere göre ele alınmalı ve çocukların eksik oldukları konularda daha yoğun çalışmalar planlanmalıdır. Özellikle kız öğrencilerin sağlıksız beslenme davranışları ile erkek öğrencilerin sigara içme davranışları gibi konular üzerinde durulmalıdır.
- Adölesan dönemde yaş özellikleri dikkate alınarak eğitim, danışmanlık hizmeti verilmelidir.

- Özellikle obez, sigara içen, stresle baş etmede güçlük çeken öğrenciler fiziksel aktivite programlarına teşvik edilmelidir. Bu konuda okul yönetimi, öğretmenler ve aileler iş birliği içinde çalışmalıdır.

- Okul kantinlerinde daha sağlıklı besin satılması için okul yönetimi ile iş birliği içinde olunmalı ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları ailelerde de desteklenmelidir.

- Gelir seviyesi yüksek olan ailelerin çocuklarının sağlıksız besleme davranışlarının yüksek olması nedeni ile eğitim ve danışmanlık hizmetleri için tüm aile üyelerinin katılımı sağlanmalıdır.

- Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşireler tarafından öğrencilerin düzenli olarak boy, kilo, kan basıncı ve bel çevresi gibi antropometrik ölçümleri yapılmalıdır. Bu ölçümlerin sonuçlarına göre gerekli girişimler planlanmalıdır.

- Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşireler tarafından öğrencilere yönelik sağlıklı beslenme alışkanlıkları, egzersiz, sigara gibi zararlı maddeleri önleme, stresle baş etme gibi sağlıklı yaşam biçim davranışlarının kazandırılması için eğitim ve danışmanlık hizmetleri sağlanmalıdır.

- Araştırmacılar için kalp sağlığı geliştirme tutumları ve beslenme egzersiz davranışlarına yönelik niteliksel çalışmalar yapılması önerilir.

## 7. KAYNAKLAR

**Abacı, A.** (2011). The Current Status Of Cardiovascular Risk Factors İn Turkey. *Archives Of The Turkish Society Of Cardiology*;39 Suppl 4:1-5.

**Abreu, S., Santos, R., Moreira, C., Santos, P.C., Mota, J. ve Moreira,P.** (2013). Food Consumption, Physical Activity And Socio-Economic Status Related To BMI, Waist Circumference And Waist-To-Height Ratio İn Adolescents. *Public Health Nutrition: 17(8), 1834–1849*

**Adıbelli, D., Olğun, S. ve Turan, G.** (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 6 (1), 8-17.*

**Akcan Kara, F., Adana, F. ve Türkol, Z.** (2018). Çalışan Adölesanlarda Sigara Kullanım Durumu. *Hemşirelik Bilimi Dergisi;1(1) 01–04*

**Akman, M., Tüzün, S., Ünalın, P.C.** (2012). Adölesanlarda Sağlıklı Beslenme Ve FizikselAktivite Durumu. *Nobel Medicus Journal, 8(1), 24-29.*

**Aksoydan, E. ve Çakır, N.** (2011). Adölesanların Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktivite Düzeyleri Ve Vücut Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi; 53: 264-270*

**Aksoy, T. ve Uçar, H.** (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1 (2), 53-67.*

**Aktaş Özakgöl, A., Atabek Aştı, T., Ataç, M. Ve Mercan, K.** (2016). Lise Son Sınıf Öğrencileri Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Sahipler mi?. *F.N. Hemşirelik Dergisi; 24(1): 16-23.*

**Aktoz, M.** (2018). Kadınlarda Kalp Damar Hastalıklarına Yaklaşım.*Türk Kardiyolij Derneği Araştırmaları;46(Supp. 1):1-44 i*

**Albus, C.** (2010). Psychological And Social Factors İn Coronary Heart Disease. *Ann Med;42(7):487-94.*



**Alkaç, Ç., Çelik, P., Özyurt, B.C., Şakar Coşkun, A., Alpaydın, A.Ö., Göktalay, T., Demet, M. ve Yorgancıoğlu, A.A.** (2018). Manisa İli İlköğretim Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı. *Tüberküloz ve Toraks*;66(3):224-233

**Alpözgen, Z.A ve Özdiñler, R.A.** (2016). Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri: *Derleme. HSP*; 3(1):66-72

**Arora, S., Gupta, S. ve Singh,P.** (2017). Assessment Of Risk Factors For Hypertension And Obesity Among Adolescents. *Sri Lanka Journal of Child Health*;46: 48-54

**Artalejo, F.** (2011). Achievement Of Treatment Goals For Primary Prevention Of Cardiovascular Disease İn Clinical Practice Across Europe: The EURIKA Study. *European Heart Journal*;32:2143-52.

**Ayçiçeği, A.** (2014). Eskişehir İlinde Hastaneye Başvuran Adolesan ve Anne-Babalarının Sigara Kullanma Alışkanlıkları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*;57: 252-257

**Aydın Yoldemir, Ş. ve Yoldemir, B.** (2018). Adolesan Kan Basıncı Yüksekliğine Yaklaşım. *Turkish Family Physician*;cilt,6,sayı,3.

**Bahar, Z.** (2010). Okul Sağlığı Hemşireliği. *DEUHYO ED*, 3 (4), 195-200.

**Baigent, C., Blackwell, L., Emberson, J., Holland, L.E., Reith, C., Bhalra, N., Peto, R., Barnes, E.H., Keech, A., Simes, J., ve Collins, R.** (2010). Efficacy And Safety Of More İntensive Lowering Of LDL Cholesterol: A Meta-Analysis Of Data From 170,000 Participants İn 26 Randomised Trials. *Lancet*;13;376(9753):1670-81

**Balcı Sezer, A., Kolaç, N., Şahinkaya, D., Yılmaz, E. ve Nirgiz C.** (2018). Ofis Çalışanlarında Kardiyovasküler Hastalık Riski ve Bilgi Düzeyi. *Turkish Journal of Cardiovascular Nurs;ing*;9(18):1-6

**Bebiş, H., Akpunar, D., Özdemir, S. ve Kılıç, S.** (2015). Bir Ortaöğretim Okulundaki Adölesanların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının İncelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*;57: 129-135

**Bereket, A. ve Atay, Z.** (2016). Current Status On Obesity İn Childhood And Adolescence: Prevalence, Etiology, Co-Morbidities And Obesity. *Medicine Volume 3, September, Pages 19*

**Bernstein, A.M., Sun, Q., Hu, F.B., Stampfer, M.J., Manson, J.E. ve Willett W.C.** (2010). Major Dietary Protein Sources And Risk Of Coronary Heart Disease İn Women. *Circulation;122: 876-83.*

**Bilic-Kirin, V., Gmajnic, R., Burazin, J., Milic, V., Buljan, V. ve Ivanko, M.** (2014). Association between Socioeconomic Status and Obesity in Children. *Collegium Antropologicum;38,2: 553–558*

**Bugan, B, Çelik, T.** (2014). Risk Factors for Coronary Artery Disease. *Journal of Clinical and Analytical Medicine;5(2): 159-63*

**Cam, H.H. ve Ustuner Top, F.** (2015). Adölesanlarda Prehipertansiyon ve Hipertansiyon Prevalansı ile Obezite Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Medicine Science;4(2):2143-54*

**Child, A., Sanders, J., Sigel, P. ve Hunter, M.S.** (2010). Meeting The Psychological Needs Of Cardiac Patients: An İntegrated Stepped-Care Approach Within A Cardiac Rehabilitation Setting. *British Journal Cardiology;17:175-9*

**Chowdhury, R., Warnakula, S., Kunutsor, S., Crowe, F., Ward, H.A., Johnson, L., Franco, O.H., Butterworth, A.S., Forouhi, N.G., Thompson, S.G., Khaw, K.T., Mozaffarian, D., Danesh, J. ve Di Angelantonio E.** (2014). Association Of Dietary, Circulating, And Supplement Fatty Acids With Coronary Risk: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Annals of Internal Medicine;160:398-406*

**Cowell, J.M.** (2012). The Future Of Nursing And School Nursing. *The Journal of School Nursing 28(2) 88-89*

**Cserep, Z., Losoncz, E., Balog, P., Szili-Török, T., Husz, A., Juhász, B., Kertai, M.D., Gál, J. ve Székely, A.** (2012). The İmpact Of Preoperative Anxiety And Education Level On Longterm Mortality After Cardiac Surgery. *Journal of Cardiothoracic Surgery;7:86;1-8.*

**Çavdar, S., Sümer, EÇ., Eliaçık, K., Arslan, A., Koyun, B., Korkmaz, K., Kanık, A., Erginöz, E., Ercan, O., Alikışıfoğlu, M.** (2016). İzmir’de Liseye Devam Eden Ergenlerin Sağlık Davranışları. *Türk Pediatri Arşivi, 51, 22-34.*

**Çetinkaya, A., Tayhan, A., Özmen, D., Uyar, F. ve Büyük Şahin, D.** (2017). Beden Kitle İndeksleri ve Beden Algılarına Göre Adölesanların Yaşam Biçimlerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*;20:3

**Dağıstan A. ve Gözüm, S.** (2016). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kardiyovasküler Hastalık Riskinin Belirlenmesi Ve Yönetimi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, vol.15

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

**Dülek H., Tuzcular Vural Z., ve Gönenç I.** (2018). Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *Journal of Turkish Family Physician*;09 (2): 53-58.

**Eagle, T.F., Gurm, R., Smith, C.A., Corriveau, N., Weston, J., Davis, L., Aaronson, S., Goldberg, C., Rogers, E., Cotts, T., Jackson, E.A. ve Eagle, K.A.** (2013). Middle school intervention to improve health behaviors and reduce cardiac risk factors. *American Journal of Medicine Oct*;126(10):903-8.

**Edmondson, D., Richardson, S., Falzon, L., Davidson, K.W., Mills, M.A., Neria, Y.** (2012). Posttraumatic Stress Disorder Prevalence And Risk Of Recurrence İn Acute Coronary Syndrome Patients: A Meta –Analytic Review. *PLoSOne.*;7(6):e38915.

**Emekdar, G., Çıtıl, R., Önder, Y., Bulut, Y.E., Yaşayancan, Ö., Kazancı, N.Ö., Sönmezgöz, E. ve Eğri, M.** (2017). Tokat İli Ortaokul ve Lise Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Contemporary Medicine*; 7(1)

**Erbaba, H. ve Şahin S.** (2017). Adölesan Kızlarda Obezite ve Obezitenin Neden Olduğu Sorunlar. *Archives Of Pediatrics Volume 2, Number 1, September*

**Fuster, V. ve Kelly, B.B.** (2010). Promoting Cardiovascular Health İn The Developing World A Critical Challenge To Achieve Global Health. *The National Academies Press*

**Gimbrone M.A. ve García-Cardena G.** (2013). Vascular Endothelium, Hemodynamics, And The Pathobiology Of Atherosclerosis. *Cardiovascular Pathology*;22:9–15.

**Ginsberg, H.N. ve Goldberg, I.J.** (2001). Disorders of Lipoprotein Metabolism. In: Harrison's Principles of Internal Medicine. (eds) Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL. 15. Baskı. New York, McGraw-Hill. Vol 2,;2245-57.

**Gishti, O., Gaillard, R., Durmus, B., Abrahamse, M., Beek, E.M., Hofman, A., Franco, O.H., Jonge, L.L. ve Jaddoe, W.V.** (2015). BMI, Total And Abdominal Fat Distribution, And Cardiovascular Risk Factors In School-Age Children. *Journal Of Pediatric Research* May 9;77(5):710-8.

**Haney, M.Ö. ve Erdoğan, S.** (2013). Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli: Çocukların Beslenme Alışkanlıklarını Belirlenmek İçin Bir Rehber. *DEUHYO ED*, 6(4), 218-223

**Işık, S., Delibaş, T., Berker, D., Aydın, Y. ve Güler, S.** (2009). Kalp Hastalıklarında Diyabet Yönetimi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*;9(1):23847

**İlgaz, A. ve Özer, Z.** (2017). Hipertansiyonlu Bireylerde Egzersizin Kan Basıncına Etkisi: Sistemik Derleme. *MN Kardiyoloji*;24(1):31-41

**Jamal, A., King, A. B., Neff, J.L., Whitmill, J., Babb, S.D. ve Graffunder, C.M.** (2016). Current Cigarette Smoking Among Adults-United States, 2005–2015. *US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention. MMWR / November 11 / Vol. 65 / No. 44*

**Kalay, R. ve Türkmen A.S.** (2015). Adölesanlarda beslenme ve egzersiz davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi*;sayı:5

**Karadamar, M., Yiğit, R. ve Sungur, M.A.** (2015). Ergenlerin kiloları ile ilgili algıları ve kilo kontrolüne yönelik davranışlarının incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*;17(1):51-61.

**Karakoç Kumsar, A , Taşkın Yılmaz, F .** (2017). Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörlerinden Korunmada Hemşirenin Rolü. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (4), 18-27.

**Karayağız Muslu, G. ve Aygün, Ö.** (2017). Ergenlerin Riskli Sağlık Davranışlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *DEUHFED*; 10 (4), 242-250

**Kayar, Y., Çetin, H. ve Ağıl, M.** (2019) Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında sigara içiciliği ile diyabetik komplikasyonlar arasındaki ilişki. *Cukurova Medical Journal*;44(1):110-117

**Kayıkcıoğlu, M. ve Özdoğan, Ö.** (2015). Beslenme ve kardiyovasküler sağlık: 2015 Amerikan Diyet Kılavuzu Önerileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*;43(8):667-672

**Kılınçarslan M.G. ve Şahin, E.M.** (2019).Güncel Kılavuzlar Işığında Dislipidemi Yönetiminin İlk Basamağı: Yaşam Tarzı Değişiklikleri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*; 23 (1): 31-40

**Kırağ, N. ve Bayık Temel, A.** (2016). Primary School Age Children Determination of Eye Health Problems with Vision Screening. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 24 (1), 10-15.

**Kocaman Yıldırım, N. ve Öztürk, S.** (2016). Kardiyovasküler Hastalıklarda Güncel Psikososyal Yaklaşımlar. *Journal of Cardiovascular Nursing*;7(Sup 2):60-6

**Koç, N. ve Yardımcı, H.** (2018). Obez Adölesanların Sağlıklı Yeme Durumlarının Değerlendirilmesi (HEI-2010): Üçüncü Basamak Hastane Deneyimi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*; 3: 155-16

**Koçoğlu, D. ve Emiroğlu, O.N.** (2011). Okul Hemşiresinin Okul Sağlık Tarama Programlarındaki Rolünün Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* -3.

**Kotseva, K., Wood, D., De Backer, G., De Bacquer, D., Pyörälä, K., Keil, U.** (2009). EUROASPIRE III: A Survey On The Lifestyle, Risk Factors And Use Of Cardioprotective Drug Therapies In Coronary Patients From 22 European Countries. *European Journal of Cardiovascular Prevention Rehabilitation*;16:121-37.

**Köksal, E. ve Küçükerdönmez, Ö.** (2018). Adölesan Dönemde Beslenme. *Türkiye Klinikleri*;p46-52.

**Kumsar K.A. ve Yılmaz T.F.** (2017). Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörlerinden Korunmada Hemşirenin Rolü. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt 2, Sayı 4, 18-27*

**Küçükukur, M.** (2015). Dipper ve Non Dipper Hipertansiyonu Olan Hastaların Serum Osteopontin Düzeyinin Karşılaştırılması. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.

**Lichtman, J.H., Froelicher, E.S., Blumenthal, J.A., Carney, R.M., Doering, L.V., Frasure-Smith, N., Freedland, K.E., Jaffe, A.S., Leifheit-Limson, E.C., Sheps, D.S., Vaccarino, V. ve Wulsin, L.** (2014). Depression As A Risk Factor For Poor Prognosis Among Patients With Acute Coronary Syndrome: Systematic Review And Recommendations: A Scientific Statement From The American Heart Association. *Circulation*;129:1350-1369.

**Lippi, G. ve Maffulli, N.** (2009). Biological Influence Of Physical Exercise On Hemostasis. *Seminars in Thrombosis Hemostasis*;35:269–76.

**Musavian, A.S., Pasha, A., Rahebi, S.M., Roushan, Z.A. ve Ghanbari, A.** (2014). Health promoting Behaviors Among Adolescents, A Cross-sectional Study;3(1):1-7. *Nursing Midwifery Studies April*;3(1):e14560.

**Oğuz, S. ve Çamcı, G.** (2016). Koroner Arter Hastalığı ve İş Yaşamı. *Journal of Cardiovascular Nursing*;7(12):15-23

**Onat, A.** (2017). TEKHARF Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. [file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF](http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF), Erişim Tarih: 05.05.2019

**Onat, A. ve Can, G.** (2017). Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. [file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf](http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf) Erişim. Erişim Tarihi:05.05.2019

**Ortabağ, T., Özdemir, S., Bakir, B. ve Tosun, N.** (2011). Health Promotion And Risk Behaviors Among Adolescents İn Turkey. *The Journal of School Nursing*;27(4):304–15

**Öztürk Haney, M. ve Bahar, Z.** (2014). Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği. *DEUHYO ED 2014*, 7(2), 92-9

**Pearson, N., Atkin, A.J., Biddle, S.H.J, Gorely, T. ve Edwardson, C.** (2009). Parenting Styles, Family Structure And Adolescent Dietary Behaviour. *Public Health Nutrition*: 13(8), 1245–1253

**Polat, G.M.** (2016). Tip II Diyabette Fiziksel Aktivite/Egzersiz. *Türkiye klinikler J. Pshyiother Rehabil-Special Topics*;2(1)57-62

**Prasad, D. ve Das, B.C.** (2009). Physical Inactivity: A Cardiovascular Risk Factor. *Indian Journal of Medical Sciences*;63(1):33-42..

**Rağbetli, C.** (2009). Hiperlipidemi. *Van Tıp Dergisi*:16(1):43–47.

**Roohafza, H., Talaei, M., Sadeghi, M., Mackie, M. ve Sarafzadegan, N.** (2010). Association between acute and chronic life events on acute coronary syndrome: a casecontrol study. *Journal of Cardiovascular Nursing*.;25(5):E1-7

**Saatçi, E.** (2016). Kardiyovasküler Hastalıkların Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J FamMed-Special Topics*;7(1):1-4.

**Sağlan, Y. ve Bilge, U.** (2018). Adölesan ve Okul Sağlığı. *Adolesan Sağlığı ve Sorunları - II. Ankara: Türkiye Klinikleri*;p.11-6.

**Satman, İ., İmamoğlu, Ş., Yılmaz, C., Akalın, S. ve Salman S.** (2015). TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 7. Baskı. Ankara, Pelin Ofset Matbaacılık Ltd. Şti.:131-2.

**Savaş, H. ve Gültekin, F.** (2017). İnsülin Direnci ve Klinik Önemi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 24 (3), 116-125.

**Savaşhan, Ç., Sarı, O., Aydoğan, Ü. ve Erdal, M.** (2015). İlkokul Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*;19 (1): 14-21

**Şendur M.A.N. ve Güven G.S.** (2010). Kardiyovasküler Risk Modelleri; İdeal Bir Model Var mı? *Hacettepe Tıp Dergisi*;41(3):171-8.

**Sönmez, K., Ergör, G. Ünal, B.** (2015). Hipertansiyon Sıklığı, Farkındalığı, Tedavi Alma ve Kan Basıncı Kontrolünü Etkileyen Etmenler. *Dicle Tıp Dergisi*;42 (2): 199-207

**Stoll, D.P., Csaszar, N., Szoke, H. ve Bagdi, P.** (2014). The Importance Of Psychological Assesment And Support İn Patients Suffering From Cardiovascular Disease Or Undergoing Cardiac Treatment. *Journal of Cardiovascular Disease Research*;2(4);15

**Sümen, A. ve Öncel, S.**(2016). Türkiye’de lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler: Sistemik derleme. *European Journal of Therapeutics*;23,74-82.

**Tedik, S.E.** (2017). Fazla Kilo / Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*; 2: 54-62

**Tokgözoğlu L., Kaya E.B., Erol Ç. ve Ergene O.** (2010). EUROASPIRE III: Türkiye ile Avrupa'nın karşılaştırılması. *Türk Kardiyol Derneği Araştırmaları* ;38(3):164-72.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. Beslenme Durumu Ve Alışkanlıkların Değerlendirilmesi Sonuç Raporu (2014). [http://www.sagem.gov.tr/TBSA\\_Beslenme\\_Yayini.pdf](http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf) Erişim Tarihi:04.06.16

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (2013). [http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khr\\_fat.pdf](http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khr_fat.pdf) Erişim Tarihi:27.05.16

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği: Türk Hipertansiyon Prevalans çalışması PatenT2 (2012) [http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans\\_calismasi](http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi) Erişim Tarihi:18.05.2019

Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması (2016). <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573> Erişim Tarihi:16.05.2019

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020) <https://www.tkd.org.tr/.../Turkiye-kalp-ve-damar-hastalıkları-onleme-ve-kontrol-programi> Erişim Tarihi:20.07.2019

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. ([http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khr\\_fat.pdf](http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khr_fat.pdf) Erişim Tarihi:27.05.16

**Uçar, A. ve Arslan S.** (2017). Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan Yetişkin Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi. *Journal of Cardiovascular Nursing*;8(17):121-130

Ulusal kalp sağlığı politikası ana ilkeleri. Türk Kardiyoloji Derneği. pdf [http://www.tkd-online.org/uksp/tkd\\_ulusalkalpsagligipolitikasi\\_taslak.pdf](http://www.tkd-online.org/uksp/tkd_ulusalkalpsagligipolitikasi_taslak.pdf) Erişim Tarihi:27.04.16

**Ulutaşdemir, N., Balsak, H., Çopur, E.Ö. ve Demiroğlu, N.** (2016). Halk Sağlığı Hemşireliğinin Bir Dalı: Okul Sağlığı Hemşireliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing-Special Topics*; 2(1): : 121-4

**Uysal, H.B., Yaşar M.B. ve Sönmez, H.M.** (2016). Aydın'da sigara içiminin ve hipertansiyonla birlikteliğinin son 20 yıldaki değişimi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*;20(2):54-63



**Valentin, F.R., Wayne A. ve Robert, O.** (2002). Hurt's The Heart. 10. Baskısının Türkçe çevirisi. *And Danışmanlık Eğitim Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti. 1. Basım. Sayfa, 1065-1109*

**Vural, P.I ve Bakır, N.** (2015). Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 6 • Sayı: 1*

**Yıldız, D., Eren Fidancı, B. ve Suluhan, D.** (2015). Çocukluk Dönemi Obezitesi Ve Önleme Yaklaşımları. *TAF Prev Med Bull, Cilt 14, Sayı 4*

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

**Yılmaz, S.K. ve Özel, H.G.** (2016). Okul Çağı Çocuklarda Şekerli İçecek Tüketimi ile Obezite Riski Arasındaki İlişki. *Beslenme Diyetetik Dergisi:44(1):3-9*

**Yurt, S., Save, D. ve Yıldız, A.** (2016). Adolesanlar İçin Beslenme Egzersiz Davranışlarını Değerlendirme Ölçüm Aracının Geliştirilmesi, Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nurs-Special Topics 2016;2(1)19-25*

**Yüksel, H.** (2018). TEKHARF Çalışmasının Son Yıllarda Tıp Bilimine Katkıları. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları ;46(7):519-524*

**Zaborskis, A., Lagunaite, R., Busha, R. Ve Lubiene, J.** (2012). Trend in eating habits among Lithuanian school-aged children in context of social inequality: three cross-sectional surveys 2002, 2006 and 2010. *BMC Public Health. Jan;12:52.*

**Woods S.L., Froelicher E.S., Motzer S.A. ve Bridges E.J.** (2005). Cardiac Nursing 5th Ed. Philadelphia: *Lippincott Williams & Wilkins*

[http://www.tkd-online.org/uksp/tkd\\_ulusalkalpsagligipolitikasi\\_taslak.pdf](http://www.tkd-online.org/uksp/tkd_ulusalkalpsagligipolitikasi_taslak.pdf) Erişim Tarihi: 20.05.16

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855> Erişim Tarihi:17.05.19

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>, Erişim Tarihi:01.06.16

[http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/) Erişim Tarihi:18.05.16

<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/121/5/1052.full.pdf>. Erişim Tarihi: 20.05.16

[http:// apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854) Erişim Tarihi: 20.05.16

<https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11/4e423.htm?wbnum=1604> Erişim Tarihi:10.05.2019

([http://www.istanbul.edu.tr/itf/ attachments/021\\_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf](http://www.istanbul.edu.tr/itf/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf).erişim tarihi: 02.02.2019).



**EK 1****SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER SORU FORMU****Adölesanların Kalp Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Tutumları ve Beslenme-Egzersiz Davranışlarının Belirlenmesine İlişkin Anket Formları**

Bu çalışma Muğla ili Menteşe İlçesindeki merkez ortaokullarında okuyan adölesanların kalp sağlığını geliştirmeye yönelik tutumları ve beslenme-egzersiz davranışlarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırma sizin için herhangi bir rahatsızlık ve risk taşımamaktadır. Anketi ve ölçekleri doldurmanız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Anketi ve ölçekleri doldurmak yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır. Vereceğiniz bilgilerin gizliliği korunacak ve tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bu çalışma ile adölesanların kalp sağlığını geliştirmeye yönelik tutumları ve beslenme-egzersiz davranışlarının belirlenmesi ve bu gruplara yönelik sağlık hizmetleriyle ilgili yapılacak planlamalara katkı sağlayacaktır.

Anketi ve ölçeği doldurup geri vermeniz çalışmaya gönüllü olarak katıldığınız anlamını taşımaktadır. Anket formundaki sizinle ilgili bilgilere vereceğiniz cevaplar için parantez içlerine X işareti yazınız. Katılımınız için teşekkür ederim.

Yüksek Lisans Öğrencisi

Emine DEPBOYLU

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü

1.Okuduğunuz okul aşağıdakilerden hangisidir?

- ( ) Bayır Ortaokulu
- ( ) Cumhuriyet Ortaokulu
- ( ) Nazmi Zehra İyibilir Ortaokulu
- ( ) Şehbal Baydur Ortaokulu
- ( ) Şehit İbrahim Karaoğlanoğlu Ortaokulu
- ( ) Merkez İMKB Ortaokulu
- ( ) Merkez 75. Yıl Ortaokulu
- ( ) Türdü 100. Yıl Ortaokulu
- ( ) TOKİ Şehit Jandarma Yarbay Alim Yılmaz Ortaokulu
- ( ) Kötekli Salih Zeki Gür Ortaokulu
- ( ) İmam Hatip Ortaokulu

2. Kaç yaşındasınız?.....

3. Cinsiyetiniz nedir?

( ) Kadın

( ) Erkek

4. Annenizin eğitim durumu nedir?

( ) Okuryazar değil

( ) Okuryazar

( ) İlkokul

( ) Ortaokul

( ) Lise

( ) Üniversite

( ) Diğer (Açıklayınız).....

5. Annenizin mesleği nedir?

( ) Ev hanımı

( ) İşçi

( ) Memur

( ) Serbest meslek

( ) Çiftçi

( ) Diğer (Açıklayınız).....

6. Babanızın eğitim durumu nedir?

( ) Okuryazar değil

( ) Okuryazar

( ) İlkokul

( ) Ortaokul

( ) Lise

( ) Üniversite

( ) Diğer (Açıklayınız).....

7.Babanızın mesleği nedir?

- İşsiz  
 İşçi  
 Memur  
 Serbest meslek  
 Çiftçi  
 Diğer (Açıklayınız).....

8.Ailenizin gelir durumu aşağıdakilerden hangisidir?

- Gelir giderden az  
 Gelir gidere eşit  
 Gelir giderden fazla

9. Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisidir?

- Çekirdek aile  
 Geniş aile  
 Parçalanmış aile

**EK 2****ÇOCUK KALP SAĞLIĞINI GELİŞTİRME TUTUM ÖLÇEĞİ**

Aşağıdaki soruları olabildiğince doğru cevaplayınız. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1. Egzersiz yapmak benim için önemlidir.

- a) Kesinlikle katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Katılmıyorum
- d) Kesinlikle katılmıyorum

2. Büyüdüğüm zaman egzersiz yapacağım.

- a) Kesinlikle katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Katılmıyorum
- d) Kesinlikle katılmıyorum

3. Egzersiz yapmak eğlencelidir.

- a) Kesinlikle katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Katılmıyorum
- d) Kesinlikle katılmıyorum

4. Egzersiz yapıyorum çünkü beni sağlıklı yapıyor.

- a) Kesinlikle katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Katılmıyorum
- d) Kesinlikle katılmıyorum

5. Her sabah iyi bir kahvaltı yapmayı seviyorum.

- a) Kesinlikle katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Katılmıyorum
- d) Kesinlikle katılmıyorum

6. Sebze yemeyi seviyorum.

- a) Kesinlikle katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Katılmıyorum
- d) Kesinlikle katılmıyorum

7. Her gün sağlıklı besinler yemeyi seviyorum.

- a) Kesinlikle katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Katılmıyorum
- d) Kesinlikle katılmıyorum

8. Okuldan sonra acıktığımda meyve ya da benim için faydalı olduğuna inandığım bir şey yemeyi seviyorum.

- a) Kesinlikle katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Katılmıyorum
- d) Kesinlikle katılmıyorum

9. Annem-babam ya da çevremdeki yetişkinler sigara içtiğinde bu beni rahatsız eder.

- a) Kesinlikle katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Katılmıyorum
- d) Kesinlikle katılmıyorum

10. Sigara içmek kansere yol açabilir.

- a) Kesinlikle katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Katılmıyorum
- d) Kesinlikle katılmıyorum

11. Çevremdeki diğer insanlar sigara içtiğinde bu beni rahatsız eder.

- a) Kesinlikle katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Katılmıyorum
- d) Kesinlikle katılmıyorum

12. Büyüdüğüm zaman sigara içmek istiyorum.

- a) Kesinlikle katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Katılmıyorum
- d) Kesinlikle katılmıyorum

13. Sorunlarım hakkında konuşabileceğim bir yakınım var (anne- babanız, öğretmeniniz ya da birarkadaşınız).

- a) Kesinlikle katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Katılmıyorum
- d) Kesinlikle katılmıyorum

14. Bir şey anlatmak istediğim zaman annem ve babam beni dinler.

- a) Kesinlikle katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Katılmıyorum
- d) Kesinlikle katılmıyorum

15. Çoğu zaman mutluyumdur.

- a) Kesinlikle katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Katılmıyorum
- d) Kesinlikle katılmıyorum

16. Kendim olmayı seviyorum.

- a) Kesinlikle katılıyorum
- b) Katılıyorum
- c) Katılmıyorum
- d) Kesinlikle katılmıyorum



**EK 3**  
**BESLENME-EGZERSİZ DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ (BEDÖ)**

Bu ölçek, beslenme ve egzersizle ilgili davranışları ölçmek amacı ile hazırlanmıştır. Ölçek sonuçları bu konudaki davranışları belirlemek için kullanılacaktır. Bu ölçekte 45 adet ifade bulunmaktadır. Her ifadeyi okuduktan sonra, ne derece katıldığınızı belirten kutunun içerisine “X” işareti koyunuz. Rakamlar şunları ifade etmektedir;

- (1) Beni hiç tanımlamıyor
- (2) Beni çok az tanımlıyor
- (3) Beni biraz tanımlıyor
- (4) Beni oldukça tanımlıyor
- (5) Beni tamamen tanımlıyor

Bir ifadeyi okuduktan sonra aklınıza ilk geleni işaretleyiniz. Her ifadeyi işaretleyiniz. İşaretsiz ifade bırakmayınız. Katılımınız için teşekkür ederim.

<b>BESLENME-EGZERSİZ DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ</b>	<b>Beni hiç tanımlamıyor</b>	<b>Beni çok az tanımlıyor</b>	<b>Beni biraz tanımlıyor</b>	<b>Beni oldukça tanımlıyor</b>	<b>Beni tamamen tanımlıyor</b>
1. Her gün düzenli kahvaltı yaparım.	1	2	3	4	5
2. Her gün öğle yemeğimi yerim.	1	2	3	4	5
3. Her gün akşam yemeğimi yerim.	1	2	3	4	5
4. Öğünlerimi her gün aynı saatlerde yerim.	1	2	3	4	5
5. Öğle yemeğimi dışarıda veya evde düzenli yerim.	1	2	3	4	5
6. Akşam yemeklerimi evde ailemle yerim.	1	2	3	4	5
7. Ders çalışırken (Zihinsel olarak yoğun çalıştığım zamanlarda) çoğunlukla bir şeyler yerim.	1	2	3	4	5
8. Atıştırmak için yemeklerden sonra ve aralarda 4-5 kez buzdolabına giderim.	1	2	3	4	5
9. Her gün cips, kuruyemiş, çikolata gibi yiyecekleri yerim.	1	2	3	4	5
10. Tok olduğum halde sunulan- teklif edilen yiyecekleri yerim.	1	2	3	4	5
11. Öğün aralarında sandviç, bisküvi, simit türü yiyeceklerden yerim.	1	2	3	4	5
12. Her gün hamburger, patates gibi yiyecekleri yerim.	1	2	3	4	5
13. Öğün aralarında süt, ayran ve taze meyve suyu içerim.	1	2	3	4	5
14. Öğün aralarında meşrubat ve gazoz içerim.	1	2	3	4	5
15. Her gün çay/ kahve içerim.	1	2	3	4	5
16. Yiyeceklerimi çok iyi çiğnerim.	1	2	3	4	5

17. Yemek yeme sürem sık sık değişir.	1	2	3	4	5
18. Yemeğimi 20 dakikadan kısa sürede bitiririm.	1	2	3	4	5
19. Öğünlerde yediğim miktar genellikle aynıdır.	1	2	3	4	5
20. Yemek tabağıma çok yemek doldururum.	1	2	3	4	5
21. Öğünlerimde ne yiyeceğimi planlarım.	1	2	3	4	5
22. Sevdiğim bir yiyeceği miktarımı ayarlamadan bitirinceye kadar yerim.	1	2	3	4	5
23. Öğle ve akşam yemeklerinde birer porsiyon sebze yemeği veya salata yerim.	1	2	3	4	5
24. Gün içinde üç adet meyve yerim.	1	2	3	4	5
25. Günde 1,5-2 litre su içerim.	1	2	3	4	5
26. Süt, yoğurt, ayran, peynir gibi besinleri her gün yerim.	1	2	3	4	5
27. Haftada en az üç gün, öğünlerimde et, tavuk veya balık yerim.	1	2	3	4	5
28. Nohut, kuru fasulye, mercimek gibi kuru baklagillere öğünlerimde yer veririm.	1	2	3	4	5
29. Ekmek, pilav, makarna, börek türü yiyeceklere öğünlerimde yer veririm.	1	2	3	4	5
30. Her gün tatlı türü yiyeceklerden yerim.	1	2	3	4	5
31. Her gün öğünlerimde yağ ve yağlı yiyeceklere yer veririm.	1	2	3	4	5
32. Beslenmemde diyet olarak hazırlanmış ürünlere sık sık yer veririm.	1	2	3	4	5
33. Gıda ürünlerinin üzerindeki besin öğelerini gösteren etiketleri okurum.	1	2	3	4	5
34. Yemek yemek zevk aldığım şeylerin basında gelir.	1	2	3	4	5
35. Arkadaşlarımla beraberken daha fazla yemek yerim.	1	2	3	4	5
36. Tek basıma olduğum zamanlarda daha fazla yerim.	1	2	3	4	5
37. Üzüldüğüm zamanlarda daha çok yemek yerim.	1	2	3	4	5
38. Sinirlendiğim zamanlarda yemek yemek beni yatıştırır.	1	2	3	4	5
39. Çözemediğim bir sorunum olduğunda daha fazla yemek yerim.	1	2	3	4	5
40. Spor veya fiziksel egzersiz yapmak için her fırsatı değerlendiririm.	1	2	3	4	5
41. Hareket miktarımı artıracak davranışlarda bulunurum. (alışveriş yapmak, okula yürümek gibi)	1	2	3	4	5
42. Kısa mesafe de olsa otobüs, araba, dolmuş, gibi araçlara binerim.	1	2	3	4	5
43. Bina içinde üst katlara çıkarken veya inerken merdiven yerine asansörü kullanırım.	1	2	3	4	5
44. Spor veya fiziksel egzersiz yaptıktan sonra kendimi daha iyi hissederim.	1	2	3	4	5
45. Haftada en az 3 gün yarımşar saat spor veya fiziksel egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5

**EK 4**

.././20..

**DENEKLERİN GÖNÜLLÜLÜĞÜ****VE****AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

“Adölesanların kalp sağlığını geliştirmeye yönelik tutumları ve beslenme-egzersiz davranışları” konulu çalışma yüksek lisans öğrencisi Emine DEPBOYLU ve Yrd. Doç. Dr. Güngör GÜLER tarafından Ekim-Kasım-Aralık 2016 tarihleri arasında Bayır Ortaokulu, Cumhuriyet Ortaokulu, Nazmi Zehra İyibilir Ortaokulu, Şehbal Baydur Ortaokulu, Şehit İbrahim Karaoğlanoğlu Ortaokulu, Merkez İMKB Ortaokulu, Merkez 75. Yıl Ortaokulu, Türdü 100. Yıl Ortaokulu, TOKİ Şehit Jandarma Yarbay Alim Yılmaz Ortaokulu, Kötekli Salih Zeki Gür Ortaokulu ve İmam Hatip Ortaokulu’nda gerçekleştirilecektir. Bu çalışma adölesan dönemdeki çocukların kalp sağlığını geliştirmeye yönelik tutumlarının ve beslenme egzersiz davranışlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışma sürecinde sosyodemografik özellikleri belirleyen soru formu, Çocuk Kalp Sağlığın Geliştirme Tutum Ölçeği ve Beslenme-Egzersiz Davranış Ölçeği kullanılacaktır. Ayrıca araştırmacı tarafından çocukların, boy, ağırlık, bel çevresi ve kan basıncı ölçümleri yapılacaktır. Anket formunu vererek dolduracağınız bilgilerin gizlilikleri korunacak ve tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Araştırma size rahatsızlık verecek veya sizin için risk yaratacak herhangi bir girişim içermemektedir. Bu koşullar doğrultusunda sizden araştırmaya gönüllü olarak katılmak istediğinizi gösteren bu belgeyi imzalamanız gerekmektedir.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım. Bu araştırmanın yürütülüşü hakkında bilgilendirildim. Anketi kendi isteğimle doldurmayı ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

**OKUDUM VE ONAYLADIM.**

Katılımcının Adı ve Soyadı:

Tarih:

İmza:

**EK 5**

.././20..

**BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

- 1.Aşağıda imzası olan ben "Adölesanların kalp sağlığını geliştirmeye yönelik tutumları ve beslenme-egzersiz davranışları" başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
- 2.Bu çalışmayı yürüten Emine DEPBOYLU çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
- 3.Araştırmacı Emine DEPBOYLU'ya "Adölesanların kalp sağlığını geliştirmeye yönelik tutumları ve beslenme-egzersiz davranışları" çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
- 4.Araştırmacı Emine DEPBOYLU'ya bilgilerin ayrıntılarını açıklamama ve benimle ilgili sırları koruması şartıyla benimle bu çalışmayı yapmasına izin veriyorum.
5. Çalışma boyunca tüm kurallara uyacağıma, araştırmacı Emine DEPBOYLU ile tam bir uyum içinde çalışacağıma, çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi bildiğimi ve konuyla ilgili herhangi bir sorun çıktığında hemen onu arayacağımı kabul ediyorum.
- 6.Bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve yayın, rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanabileceğimi kabul ediyorum.

**OKUDUM VE ONAYLADIM.**

Katılımcının Adı ve Soyadı

Tarih:

İmza:

Araştırmacının Adı ve Soyadı:

Tarih:

İmza:


## EK 6

**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR  
VE YAYIN ETİĞİ KURULU DEĞERLENDİRME FORMU**

Protokol No: 125	<b>SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU</b>	Karar No: 125
<b>Araştırmannın Yürütücüsü</b>	MSKÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Yrd.Doç.Dr.Güngör GÜLER	
<b>Araştırmannın Başlığı:</b>	Adölesanların Kalp Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Tutumları ve Beslenme-Egzersiz Davranışları	
<b>Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih:</b>	20.07.2016	
<b>Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih:</b>	26.07.2016	
<b>Karar Tarihi:</b>	26.07.2016	

**SONUÇ**

1.	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul. Araştırmannın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.
2.	<input type="checkbox"/> Düzeltme gereklidir.
3.	<input type="checkbox"/> Red.

  
Prof.Dr.Banu BAYAR  
Başkan

  
Prof.Dr.Taner ERSELCAN

  
Prof.Dr.Feral ÖZTÜRK

  
Prof.Dr.Mümtaz NAZLI

  
(Katılmadı)  
Prof.Dr.Recep GÜRSOY

EK 7

EĞİTİM

T.C.  
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI  
Eğitim Araştırma ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı

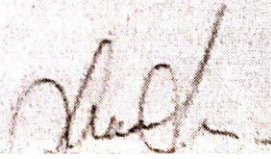
## ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı:	Emine DEPBOYLU
Kurumu / Üniversitesi:	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Araştırma yapılacak iller:	Muğla
Araştırma yapılacak eğitim kurumu ve kademesi:	Muğla Merkez İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı: 1-Bayır Ortaokulu 2-Cumhuriyet Ortaokulu 3-Nazım Zehra İyibilir Ortaokulu 4-Şehit Baydur Ortaokulu 5-Şehit İbrahim Karaoğlanoğlu Ortaokulu 6-Merkez İMKB Ortaokulu 7-Merkez 75.Yıl Ortaokulu 8-Türdü 100.Yıl Ortaokulu 9-TOKİ Şehit Jandarma Yarbay Alim Yılmaz Ortaokulu 10-Kötekli Salih Zeki Gür Ortaokulu 11-İncamhalı Ortaokulu
Araştırmanın konusu:	"Adolesan Kalp Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Tutumları ve Beslenme-Egzersiz Davranışları"
Üniversite / Kurum onayı:	Var
Araştırma/proje/ödevhez önersi:	Tez
Veri toplama araçları:	Anket formları, Tutum ölçeği, Davranış ölçeği, uygulamaları
Görüş istenecek Birim/Birimler:	
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Rektörlüğünden, Müdürlüğümüze iletilen yukarıda belirtilen araştırma önerisinin araştırma sahasında uygulanabilirliği hususunda incelenerek Millî Eğitim Bakanlığı Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlik İzinleri konulu 07/03/2012 tarih ve 2012/13 sayılı Genelgeye uygun olarak hazırlandığı görülmüştür. Söz konusu tez uygulamasının, 2016-2017 Eğitim-Öğretim yılı içerisinde, eğitim öğretimi aksatmayacak şekilde, veli izni alınarak, Kurum Müdürünün de uygun gördüğü zamanda yapılması uygun görülmüştür.	
Komisyon kararı:	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.
Muhalef üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi:

KOMİSYON

27/10/2018


Türk TOPEKÇİ



## EK 8


Ek Tablo 1. 2016-2017 Eğitim-Öğretim Yılı Öğrenci Sayıları

Okul	6. sınıf	7. sınıf	8. sınıf	Okullardaki Toplam Öğrenci Sayısı
Bayır Ortaokulu	102	76	88	266
Cumhuriyet Ortaokulu	118	102	104	324
Nazmi Zehra İyibilir Ortaokulu	35	66	54	155
Şehbal Baydur Ortaokulu,	7	14	15	36
Şehit İbrahim Karaoğlanoğlu Ortaokulu	28	29	23	80
Merkez İMKB Ortaokulu	45	20	30	95
Merkez 75. Yıl Ortaokulu	175	164	108	447
Türdü 100. Yıl Ortaokulu	150	148	149	447
TOKİ Şehit Jandarma Yarbay Alim Yılmaz Ortaokulu	45	27	22	94
Kötekli Salih Zeki Gür Ortaokulu	33	23	13	69
İmam Hatip Ortaokulu	38	23	28	89
<b>Toplam</b>	<b>776</b>	<b>692</b>	<b>634</b>	<b>2102</b>

Biriklik Adı / Sağlık Tesisi Adı		MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ			
<b>Metroloji Rapor Numarası</b>	<b>Lot/Parti No</b>	Bc.March.2017.07500		-	
<b>Biyomedikal Cihazın Tanımı</b>		AĞIRLIK - UZUNLUK ÖLÇÜM CİHAZLARI, DİJİTAL, YETİŞKİN HASTA AĞIRLIK VE BOY ÖLÇÜM CİHAZI			
<b>Biyomedikal Cihazın Türü</b>		AĞIRLIK - UZUNLUK ÖLÇÜM CİHAZLARI			
<b>Marka &amp; İmalatçı / Tip-Model</b>		SILVER CREST		-	
<b>Seri No.</b>		013809			
<b>Künye No</b>		-			
<b>Uygulama ve Rapor Tarihi</b>		06.03.2017	-	06.03.2017	
<b>Bulunduğu Yer / Branş</b>		-			
<b>Uygulama Yeri</b>		YERİNDE			
<b>Zimmet Sahibi</b>		<b>Nezaret Eden</b>	-	<b>Testim Tutanak No:</b>	-
<b>Metroloji Raporu Sayfa Sayısı/Test Sayısı</b>		02/03			
Kullanılan Referans Donanımlar					
Tip & Model	Referans Standardın Tanımı	Seri No	İzlenebilirlik	Sertifika No	
HÜRAT	F1 Kitle Seti	H6358	10 February 2019		
JERA2	Referans Kitle	54026	10 February 2019		
LV10	Referans Kitle	3832	08 February 2019		
Kullanılan Referans Standartlar					
1-	1-EURAMET CG14 2-TS EN 4301				
2-					
3-					
4-					
5-					
HİZMET SONUCU					
KULLANIMA UYGUNDUR V		KULLANIMA UYGUN DEĞİLDİR		SINIRLI KULLANIMA UYGUNDUR (Donanım Sorumlusu İmzası)	
Bilirim: Deneysel/kalibrasyon sonuçları yukarıda belirtilmiş olan Seri No'lu cihaza ait olup, deneysel/kalibrasyon tarihinden itibaren ve seri kada belirtilmiş olan şartlar altında geçerlidir. Bu seri kada verilen sonuçlar, cihazın deneysel/kalibrasyon tarihindeki durumuna ait olup, cihazın uzun dönem kararlığı ile ilgili anlam taşımazlar. Gelecek deneysel/kalibrasyon tarihinden itibaren kullanıcının sorumludur. Mühürsüz, elektronik imzasız veya usul imzasız suretlerinin geçerliliği bulunmamaktadır. Bu rapor kısmi olarak kullanılmaz. İzinle kopyalanamaz ve çoğaltılamaz. Kalibrasyon Metodu: Kalibrasyonda kullanılan cihazların çıkışları NIST (National Institute of Standards) veya NRS (National Reference Standard) tarafından realize edilmiş birimler olup, kalibrasyonu yapılar cihazdan alınan bilgiler ile kıyaslanmıştır. Ölçüm belirsizliği %95 güvenlik seviyesi ve k=2 örtme faktörü esas alınarak hesaplanmıştır.					
<b>Çevre Şartları</b>		<b>Sıcaklık</b>	23 ± 2	<b>Nem</b>	50 ± 10
<b>İdarece Talep Edilen Gelecek Kalibrasyon Tarihi</b>		06.03.2018			
		ONAY/Approval BC Laboratuvar/Laboratory Director e-İmzalıdır/e-is signed Serial Number 58837156698 Sevgi KARACA Sorumlu Müdür			



## EK 10

 Gmail emine özmen <eozen10@gmail.com>

(konu yok)

meryem.ozturk@deu.edu.tr <meryem.ozturk@deu.edu.tr>  
Alıcı: "\"emine Özmen\"" <eozen10@gmail.com>

22 Nisan 2016 14:41

Sayın Özmen,

Ölçeği kullanacak olmanızdan büyük memnuniyet duydum. Ölçeği ekte gönderiyorum. Puanlaması makalede açıklanmıştır. Sadece 12. madde ters yönlü puanlanmaktadır.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Yard. DOç. Dr. Meryem Öztürk Haney  
-----

 **Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği.pdf**  
54K [HTML olarak görüntüle](#) [Tara ve indir](#)

**EK 11**

Sayın Emine Depboylu,

Ölçeği tezinizde kullanabilirsiniz. YÖK tez taramadan tezime ulaşırsanız tüm bilgileri oredan alabilirsiniz.

sormak istediğiniz bir konu olursa yazabilirsiniz.

iyi çalışmalar, Başarılar...

Yard. Doç. Dr. Seher Yurt  
Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Halk Sağlığı Hemşireliği

2016-05-27 7:05 GMT+03:00 emine özmen <[eozen10@gmail.com](mailto:eozen10@gmail.com)>:

27.05.2016, Muğla

Sayın Hocam;

Ben Emine Depboylu. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği`nde yüksek lisans yapmaktayım.

Tez çalışmam için literatür taraması sonucunda tarafınızca geliştirilmiş olan "Beslenme Egzersiz Davranış Ölçeği" ne ulaştım. Geçerli ve güvenilir bir araç olarak önerdiğiniz ölçeği, kendi çalışmamda kullanmak üzere onayınızı ve eğer mümkünse ölçeğin bir örneğini talep etmekteyim.

Tezime yapacağınız katkılarınızdan ötürü şimdiden çok teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Hmş. Emine Depboylu

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Bölümü

Yüksek Lisans Öğrencisi

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### 1. KİŞİSEL BİLGİLER

<b>ADI, SOYADI:</b> Emine DEPBOYLU	
<b>DOĞUM TARİHİ ve YERİ:</b> 01.06.1987 Bulgaristan	
<b>HALEN GÖREVİ:</b> Hemşire	
<b>YAZIŞMA ADRESİ:</b> Karamehmet Mah. Menteşe Cad. Park Panorama Sitesi B blok D:10	
<b>TELEFON:</b> 0539 664 73 33	
<b>E-MAİL:</b> eozmen10@gmail.com	

### 2. ÖĞRENİM DURUMU

DERECE	BÖLÜM/PROGRAM	ÜNİVERSİTE	YIL
Lisans	Hemşirelik	Hacettepe Üniversitesi	2010
Lisans	Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi	Pamukkale Üniversitesi	2015
Y.Lisans	Hemşirelik	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	Devam ediyor

### 3. GÖREVLER

GÖREV UNVANI	GÖREV YERİ	YIL
Servis Hemşiresi	Bayındır Sağlık Grubu, Ankara- Söğütözü	2010
Genel Yoğun Bakım Hemşiresi	Özel Denizli Cerrahi Hastanesi	2010- 2011
Kalp ve Damar Cerrahi Yoğun Bakım Hemşiresi	Denizli Devlet Hastanesi	2011- 2014

Anestezi Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	2014-2015
Anestezi Yoğun Bakım Hemşiresi	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	2016-2019
Kalp ve Damar Cerrahi Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	2019-

#### 4. ÇALIŞMA ALANLARI

Halk Sağlığı Hemşireliği

#### 5. KONUyla İLGİLİ YAYIN VE BİLDİRİLER (VARSA)

1. Keskin Selin, Atmaca Gümrah Duygu, Özmen Emine, Nergiz Zübeyde, Kazan Ebru, Çelik Sevilay 2010. Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Evsel Katı Atıkların Geri Dönüşümleri İle İlgili Görüşleri. 9. Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Poster Bildiri, Muğla
2. Güler Güngör, Depboylu Emine, 2017. Sağlık Bölümü Öğrencilerinin Testis Kanseri Riskleri ve Bu Konudaki Farkındalıkları. 2. Uluslararası Çağdaş Eğitim Araştırmaları Kongresi, Sözel bildiri
3. Depboylu Emine, Depboylu Burak Can, 2017. Totally Implantable Venous Access Port Catheters For Cancer Patients. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi 2017;4(2):11-16
4. Depboylu Emine, Güler Güngör, 2018. Adölesanların Kalp Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Tutumları Ve Beslenme Egzersiz Davranışları. 4. Uluslararası Çağdaş Eğitim Araştırmaları Kongresi, Sözel bildiri