

T. C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GÖRME ENGELLİ ÇOCUKLARIN FİZİKSEL AKTİVİTE VE
OBEZİTE DÜZEYLERİ**

SÜMEYRA ESRA PINARBAŞI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. FİLİZ HİSAR

KONYA 2017

T. C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GÖRME ENGELLİ ÇOCUKLARIN FİZİKSEL AKTİVİTE VE OBEZİTE DÜZEYLERİ

SÜMEYRA ESRA PINARBAŞI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. FİLİZ HİSAR

KONYA 2017

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **SÜMEYRA ESRA PINARBAŞI**'nın "**Görme Engelli Çocukların Fiziksel Aktivite ve Obezite Düzeyleri**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Yer: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Tarih: 16/08/2017 10:00



Tez Danışmanı

Prof. Dr. Filiz HİSAR

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimler Fakültesi



Yrd. Doç. Dr. Dilek CİNGİL

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi



Doç. Dr. Deniz KOÇOĞLU

Selçuk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 11/08/2017 tarih ve 21/09 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü



APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled “*Physical Activity and Obesity Levels of Visually Impaired Children*” by “*SÜMEYRA ESRA PINARBAŞI*” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of *Master of Science* in the Department of “**Nursing**”, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan
City: Necmettin Erbakan University, Faculty of Health Sciences

Date: 16/08/2017 10:00

Principal Advisor
Prof. Dr. Filiz Hisar
Necmettin Erbakan University
Faculty of Health Sciences

Examination Committee Member
Assist. Prof. Dilek CİNGİL
Necmettin Erbakan University
Faculty of Health Sciences

Examination Committee Member
Assoc. Prof. Deniz KOÇOĞLU
Selçuk University
Faculty of Health Sciences

This thesis has approved for the University Of Necmettin Erbakan Institute Of Health Sciences.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK
Director of Institute of Health Sciences

BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

16/08/2017

Sümevra Esra Pınarbaşı



[Ödevler](#)[Öğrenciler](#)[Not Defteri](#)[Kütüphaneler](#)[Takvim](#)[Tartışma](#)[Tercihler](#)

Bu sayfa hakkında

Bu sizin ödev gelen kutunuzdur. Bir ödevi görüntülemek için, ödev başlığına tıklayın. Orijinallik Raporu'nu görmek için, benzerlik kolonundaki orijinallik raporu ikonuna tıklayın. Bu ikon tıklanabilir durumda değilse, orijinallik raporu henüz oluşturulmamış demektir.

Görme Engelli Çocukların Fiziksel Aktivite Ve Obez...

Gelen Kutusu | Görüntüleniyor: yeni ödevler ▼

[Dosyayı Gönder](#) [GradeMark Raporu](#) | [Ödev ayarlarını düzenle](#) | [E-posta bildirmeyenler](#)[Sil](#) [İndir](#) [Şuraya taşı...](#)

<input type="checkbox"/>	Yazar	Başlık	Benzerlik	web	yayın	student papers	Puanla	cevap	Dosya	Ödev Numarası	Tarih
<input type="checkbox"/>	Sümeysra Esra Pınarba...	Görme Engelli Çocukların Fiziksel Aktivi...	%28 <input type="text" value="%28"/>	27%	9%	12%	--	--	ödev indir	844401475	08-Eyl-2017

TEŞEKKÜR

Yüksek lisansa başladığım günden itibaren bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, yardım ve desteğini benden hiç esirgemeyen, her takıldığım noktada yanına çekinmeden gidebildiğim, tezimin her aşamasıyla bizzat ilgilenen danışman hocam Prof. Dr. Filiz HİSAR'a

Üç yıldır güler yüzü, hoşgörüsü ve tüm samimiyetiyle daima yanımda olan, çok yoğun olduğu zamanlarda bile bize vakit ayırabilen, görüş ve öneriyle çalışmama büyük katkılarda bulunan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Dilek CİNGİL'e,

Hayatım boyunca hiçbir zaman benden maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, hayallerim için benimle birlikte büyük fedakârlıklar yapan, beni hiç yalnız bırakmayan, benim için sonsuz emek veren aileme,

Tez döneminde tanışıp evlenirken bile benim başarabileceğime inanan, ben umutsuzluğa kapıldığımda bile beni yüreklendirebilen, her daim yanımda olduğunu hissettiren ve bana yardım edip yükümü hafifletebilen canım eşime,

Teşekkür ederim...

Sümevra Esra PINARBAŞI

İÇİNDEKİLER

<i>İç Kapak</i>	<i>i</i>
<i>Tez Onay Sayfası</i>	<i>ii</i>
<i>Approval</i>	<i>iii</i>
<i>Tez Beyan Sayfası</i>	<i>iv</i>
<i>İntihal Raporu</i>	<i>v</i>
<i>Teşekkürler</i>	<i>vi</i>
<i>İçindekiler Listesi</i>	<i>vii</i>
<i>Kısaltmalar Listesi</i>	<i>x</i>
<i>Tablolar Listesi</i>	<i>xi</i>
<i>Özet</i>	<i>xii</i>
<i>Abstract</i>	<i>xiii</i>
1. GİRİŞ	1
<i>1.1. Araştırmanın Amacı</i>	<i>3</i>
<i>1.2. Araştırmanın Soruları</i>	<i>4</i>
2.GENEL BİLGİLER	5
<i>2.1. Engelliliğin Tanımı</i>	<i>5</i>
<i>2.2. Dünya'da ve Türkiye'de Engellilik</i>	<i>7</i>
<i>2.3. Engelliliğin Önemi</i>	<i>8</i>
<i>2.4. Engelliliğin Sınıflandırılması</i>	<i>10</i>
<i>2.5. Görme Engelliler</i>	<i>10</i>
<i>2.5.1. Görme Engelinin Tanımı</i>	<i>10</i>
<i>2.5.2. Dünya'da ve Türkiye'de Görme Engelliler</i>	<i>11</i>
<i>2.5.3. Görme Engelli Çocuklarda Fiziksel Aktivite</i>	<i>12</i>
<i>2.5.3.1. Fiziksel Aktivitenin Tanımı</i>	<i>12</i>
<i>2.5.3.2. Dünya'da ve Türkiye'de Fiziksel Aktivite</i>	<i>12</i>
<i>2.5.3.3. Görme Engellilerde Fiziksel Aktivite</i>	<i>13</i>
<i>2.5.4. Görme Engelli Çocuklarda Obezite</i>	<i>14</i>
<i>2.5.4.1. Obezitenin Tanımı</i>	<i>14</i>

2.5.4.2. Dünya'da ve Türkiye'de Obezite.....	14
2.5.4.3. Görme Engelli Çocuklarda Obezite.....	15
2.6. Görme Engelli Çocuklarda Obezite ve Halk Sağlığı Hemşireliği.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu.....	23
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	24
3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçlar.....	24
3.5.1. Görme Engelli Öğrencilerde Fiziksel Aktivite ve Obezite Durumlarının İncelenmesi Anket Formu.....	24
3.5.1.1. Demografik Özellikler.....	24
3.5.1.2. Beslenme Özellikleri.....	25
3.5.1.3. Fiziksel Aktivite Özellikleri.....	25
3.5.2. Görme Engelli Öğrencilerde Fiziksel Aktivite ve Obezite Durumlarının İncelenmesi Tarama Formu.....	25
3.5.3. Antropometrik Ölçümler.....	25
3.5.4. Persentil Tabloları.....	26
3.6. Verilerin Ön Uygulaması.....	26
3.7. Verilerin Toplanması.....	26
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	27
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	27
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
3.11. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	29
4. BULGULAR.....	30
5.TARTIŞMA.....	40
5.1. Görme Engelli Çocuklarda Obezite Durumu.....	40
5.2. Görme Engelli Çocuklarda Obezite ve Bireysel Özellikleri.....	41
5.3. Görme Engelli Çocuklarda Obezite ve Bazı Ailesel Özellikleri.....	42
5.4. Görme Engelli Çocuklarda Obezite ve Çocuğun Beslenme Özellikleri.....	43

5.5. Görme Engelli Çocuklarda Obezite ve Fiziksel Aktivite Durumu.....	43
5.6. Görme Engelli Çocuklarda Obezite ve Yaş.....	45
6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	46
6.1. Sonuçlar.....	46
6.2. Öneriler.....	48
7.KAYNAKLAR.....	50
8.EKLER.....	60
<i>EK A: GÖRME ENGELLİ ÇOCUKLARDA FİZİKSEL AKTİVİTE VE OBEZİTE DURUMLARININ İNCELENMESİ ANKET FORMU.....</i>	<i>60</i>
<i>EK B: GÖRME ENGELLİ ÇOCUKLARDA FİZİKSEL AKTİVİTE VE OBEZİTE DURUMLARININ İNCELENMESİ TARAMA FORMU.....</i>	<i>62</i>
<i>EK C: VELİLER İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU.....</i>	<i>63</i>
<i>EK D:VELİ İZİN BELGESİ.....</i>	<i>65</i>
<i>EK E: GÖNÜLLÜLER İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU.....</i>	<i>66</i>
<i>EK F: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ 5-19 YAŞ GRUBU İÇİN PERSENTİL TABLOLARI.....</i>	<i>67</i>
<i>EK G: ETİK KURUL ONAYI.....</i>	<i>73</i>
<i>EK H: MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI İZİNİ.....</i>	<i>75</i>
9.ÖZGEÇMİŞ.....	76

KISALTMALAR

Beden Ktle İndeksi	(BKİ)
Birleşmiş Milletler	(BM)
Body Mass Index	(BMI)
Centers For Disease Control and Prevention	(CDC)
Devlet İstatistikleri Enstitüsü	(DİE)
Dünya Sağlık Örgütü	(DSÖ)
International Classification of Functioning, Disability and Health -İşlevsellik, Sakatlık ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması	(ICF)
Milli Eğitim Bakanlığı	(MEB)
Nüfus ve Konut Araştırması	(NKA)
Organisation For Economic Co-operation and Development	(OECD)
Rehberlik ve Araştırma Merkezi	(RAM)
Sağlık Bakanlığı	(SB)
Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması	(TBSA)
Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması	(TNSA)
Türkiye Cumhuriyeti	(T.C.)
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	(THSK)
Türkiye İstatistik Kurumu	(TÜİK)
United Nations	(UN)
World Health Organization	(WHO)

TABLolar

Tablo 4.1. Görme Engelli Öğrencilerin Bireysel Özellikleri.....	30
Tablo 4.2. Görme Engelli Öğrencilerin Demografik Özellikleri.....	31
Tablo 4.3. Görme Engelli Öğrencilerin Beslenme Özellikleri.....	32
Tablo 4.4. Görme Engelli Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Özellikleri.....	33
Tablo 4.5. Görme Engelli Öğrencilerin Kilo Dağılımları.....	34
Tablo 4.6. Öğrencilerin Bireysel Özelliklerine Göre Obezite Durumu.....	34
Tablo 4.7. Öğrencilerin Bazı Ailesel Özelliklerine Göre Obezite Durumu.....	35
Tablo 4.8. Öğrencilerin Beslenme Özelliklerine Göre Obezite Durumu.....	36
Tablo 4.9. Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Özelliklerine Göre Obezite Durumu.....	37
Tablo 4.10. Çocuğun Aylık Fastfood Sayısı İle Çocuğun Obez Olma Durumu.....	38
Tablo 4.11. Çocuğun Özellikleri İle BKİ Persentil Değerlerinin Korelasyon Analizi.....	38

ÖZET

T. C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Görme Engelli Çocukların Fiziksel Aktivite ve Obezite Düzeyleri

Sümeyra Esra PINARBAŞI

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2017

Halk sağlığı için en önemli konulardan biri olan obezite ve engellilik gün geçtikçe artmaktadır. Günümüzde obezitenin tedavisi kadar obezitenin önlenmesi ve engelliliğin engellenmesi kadar var olan engellilerle ilgilenilmesi halk sağlığı için çok önemlidir. Araştırmamız görme engelli öğrencilerde fiziksel aktivite ve obezite durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamızın evrenini 2015-2016 yılında Ankara'da bulunan görme engelliler ilk ve ortaokullarında bulunan öğrencilerdir. Evrenin tamamı olan 151 kişiye ulaşılmış ancak devamsızlık, sağlık problemleri, ailelerin izin vermemesi, öğrencilerin gönüllü olmaması gibi sebeplerden dolayı 134 kişiye anket ve tarama formu doldurulmuştur. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, ki kare testi ve spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Görme engelli öğrencilerin yaş ortalaması 10.72 ± 2.53 ve obezite prevalansı %23.9 olarak tespit edilmiştir. Görme engelli çocuklarda obezite oranı sağlıklı çocuklara göre daha fazladır. Erkek çocuklarda, annesi ev hanımı olanlarda, ailesinin gelir durumu düşük olanlarda, annesi veya babası obez olanlarda, 3 öğünden fazla beslenenlerde, fastfood tüketenlerde obezitenin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Çocukların yaşı ile obezite arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca çocuklarda fastfood tüketimi annesi ya da babası obez olanlarda daha fazladır. Spor kulübüne gidenlerde obezite oranı %15 iken, gitmeyenlerde %27.7 olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak, görme engelli çocuklarda obez olma oranı sağlıklı çocuklara göre daha fazla bulunmuştur. Ayrıca fiziksel aktiviteye zaman ayıran çocuklarda obezite oranı daha düşüktür. Görme engelli çocuklara, ailelerine ve öğretmenlerine obezite ve fiziksel aktivitenin önemi hakkında bilgiler verilmeli ve obezite oranlarını azaltmak için önlemler alınmalıdır.

Anahtar sözcükler: Fiziksel Aktivite; Görme Engelli; Obezite.

ABSTRACT

REPUBLIC of TURKEY
NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Physical Activity and Obesity Levels of Visually Impaired Children

Sümevra Esra PINARBAŞI

Department of Nursing

MASTER'S THESIS /KONYA-2017

Obesity and disability, one of the most important issues for public health, are increasing day by day. Nowadays, it is very important for public health to deal with existing disabled persons as well as the treatment of obesity, and prevention of obesity and disability. Our study was conducted to determine physical activity and obesity conditions in visually impaired students.

The universe of our study was consisted of the visually impaired primary and secondary school students who received education in 2015-2016 academic calendar in Ankara. The entire universe, 151 people in total, were targeted to reach, but, due to some reasons such as absenteeism, health problems, failure to get family's permission, not being volunteer for the study; only 134 persons were provided to fill out questionnaire and screening form. Number, percentage, mean, standard deviation, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Chi square test and Spearman correlation analysis were used in the analysis of the data.

The age average of the visually impaired students was determined as 10.72 ± 2.53 , and the prevalence of obesity as 23.9%. Obesity rates in visually impaired children were higher than healthy children. It was determined that the prevalence of obesity was higher in male children, in those whose mothers are housewives, families have low income, mothers or fathers are obese, having more than 3 meals, consuming fast food. A strong positive correlation was determined between the ages of the children and obesity. Besides, fast food consumption in children with obese mother or father was more than others. While the obesity rate was determined as 15% in those who went to a sports club, was 27.7% in those who didn't go.

As a result, the prevalence of obesity in visually impaired children was found higher than healthy children. Moreover, obesity rate was lower in children who spare time for physical activities. Visually impaired children, their families and teachers should be informed about obesity, and the importance of physical activity, and measures should be taken to reduce obesity rates.

Key Words: Physical Activity; Visually impaired; Obesity.

1. GİRİŞ

Bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza ıkan ve gn geçtikçe artma eğilimi gösteren engelliliğin varlığı insanlık tarihi kadar eskidir (ztrk 2011, Milli Eğitim Bakanlığı [MEB] 2015). Engelliliğin artma nedeni, yaşlanma ve kronik hastalıkların oranının artmasıdır. Dünya nüfusunun yaklaşık %15' inin herhangi bir engeli bulunduğu tahmin edilmektedir (World Health Organization [WHO] 2016a). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2011 yılında yapmış olduğu Nüfus ve Konut Araştırması (NKA) sonuçlarına göre, ülkemizde en az bir engeli olan üç yaş ve üstü nüfusun oranı %6.9'dur (NKA 2011).

Engelli gruplardan biri de görme bozukluğu olan kişilerdir. 2010 yılında dünya genelinde 285 milyon olarak tahmin edilen görme engellilerin 39 milyonu tamamen görme engellidir (WHO 2013a). Dünya genelinde ortalama 19 milyon 15 yaş altı çocuğun görme engeli ile karşı karşıya kaldığı ve 1.4 milyon 15 yaş altı çocuğun tamamen görme engelli olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2014a). NKA sonuçlarına göre ülkemizde gözlük veya lens kullanıyor olsalar dahi görmede çok zorlanan veya hiç göremeyen nüfusun oranı %1.4'tür (NKA 2011).

Fiziksel aktivite enerji harcanmasını gerektiren iskelet kasları tarafından üretilen herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlanmaktadır (WHO 2015a). Fiziksel aktivite günlük hareketsizlikten dolayı oluşabilecek sağlık problemlerini engellemek ve sağlıklı yaşam sürdürebilmek için hayatımızda önemli bir yere sahiptir. Yetersiz bilgi ve görme alanı kısıtlılığı görme engelli bireylerde fiziksel aktiviteyi kısıtlamaktadır. Egzersiz yapmayanların oranı 6-8 yaş grubunda %65.8, 9-11 yaş grubunda %52.7'dir (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması [TBSA] 2010).

Görme engelli çocuklarda motor gelişimde gecikme olması ve görsel takip yetersizliği nedeniyle hareketlerde yavaşlama meydana gelmekte ve fiziksel aktivite düzeyi sağlıklı çocuklara göre düşmektedir. Sosyal faaliyetlere katılımlarının sağlıklı çocuklara göre az olması nedeniyle oyun aktiviteleri de azdır. Ayrıca engelli çocuklarda sağlıklı çocuklara göre yeterli ve dengeli beslenme tedavi ve

rehabilitasyonuna katkıda bulunması sebebiyle de daha önemlidir. Ancak aile ve öğretmenlerin görme engelli çocukların fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme konuları hakkındaki bilgileri sınırlıdır, başka çocuklarla da ilgilenmek zorunda oldukları için yeterli zamanı ayıramamaktadırlar. Görme engelli çocuklarda hareket kısıtlılığı, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme, bilgi eksikliği ya da yanlış beslenme nedeni ile obezite olabilir. Bu durum sağlıklı çocuklara oranla daha fazla olmaktadır. Türk Halk Sağlığı Kurumu'na (THSK 2015a) göre günlük alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması durumunda, harcanamayan enerji vücutta yağ olarak depolanmakta ve obezite oluşumuna neden olmaktadır. Dünya'da her yıl en az 2.8 milyon kişi aşırı kilo ve ya obezite sebebiyle ölmektedir (WHO 2017a). 2012 yılında dünya çapında 44 milyon 5 yaş altında çocuk aşırı kilolu ya da obezdir (World Health Statistics 2014). Türkiye'de 0-5 yaş arası çocuklarda obezite sıklığı % 8.5, 6-18 yaş arasında ise obezite sıklığı % 8.2 olarak bulunmuştur (TBSA 2010).

Dünya'daki ve Türkiye'deki literatür taramalarında çocuklarda obezite, çocuklarda fiziksel aktivite, engellilerde obezite, görme engelli çocuklarda fiziksel aktivite, görme engelli çocuklarda beslenme durumu gibi çalışmalara rastlanmıştır. (Atamtürk 2009, Marcus ve ark. 2009, Genç Kayıran ve ark. 2011, Çelik ve ark. 2013, Ulutaş ve ark. 2014, Yaslı ve ark. 2014, Amjad ve ark. 2015) Ancak görme engelli çocuklarda fiziksel aktivite ve obezite ile ilgili çalışmalar bulunamamıştır.

Çocuklarda obezite çalışmalarına bakıldığında zaman uyku saati, ailede başka obez olma durumu, aile tipi, egzersiz ve spor yapma, TV başında geçirilen süre, internet kullanımı, abur cubur yeme, annenin/babanın eğitim düzeyi, uyku süresi, sedanter davranışlar, cinsiyet, sosyoekonomik durum, anne/babanın mesleği, okuldaki beden eğitimi dersleri, okula ulaşım şekli, fiziksel aktivite durumlarının obeziteyi etkilediği görülmektedir (Önsüz ve ark. 2011, Öztürk ve Aktürk 2011, Metinoğlu ve ark. 2012, Sarı ve ark. 2012, Veghari 2012, Akçam ve ark. 2013, Vançelik ve ark. 2013, İskender ve ark. 2014, Khalifa ve ark. 2014, Lee ve ark. 2014, Tütüncü 2014). Görme engelli çocuklarda fiziksel aktivite ile Beden Kütle İndeksi (BKİ) arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalarda yakın zamanda yapılmış ancak BKİ ile ilişkisi bulunamamıştır (Çakmak ve ark. 2013).

Son yıllarda engellilik ve obezite halk sağlığı için en önemli konulardandır. Özellikle engelli çocukların engellilik dışı sağlık problemi olan obezite gibi sağlık problemleri ve problemlerin tedavisi ve önlenmesi konusu halk sağlığı için önemli bir konudur. Özellikle çocuk engelliler ile yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Görme engelli çocuklarda obezitenin önlenmesi, obez olan çocukların tespit edilip obezite hakkında bilgi verilmesi ve obezitenin azaltılmasını sağlamak için halk sağlığı hemşirelerine büyük sorumluluklar düşmektedir.

Günümüzde fiziksel aktivitenin giderek azalması, toplu taşıma araçlarının, arabaların kullanılması nedeniyle yürüyüşlerin bırakılması ile gün içinde harcanan enerji miktarı azalırken alınan enerji miktarı aynı kaldığı için vücut ağırlığında da artış olabilmektedir. Özellikle görme engelli çocuklarda etkileşimin az olması nedeniyle oyun aktiviteleri de azalmakta ve fiziksel aktiviteleri diğer çocuklara oranla daha fazla kısıtlanmaktadır. Obezite gibi sağlık problemleri engellilik ve kronik hastalıkları artırmakta olduğu için özellikle engelli çocuklarda obezite konusunun araştırılması halk sağlığı hemşireliği için çok önemli bir konudur.

Bu çalışma görme engelli çocuklarda obezite ve fiziksel aktivite durumlarını değerlendirmek için planlanmıştır. Görme engelli çocuklarda obeziteyi ve obezitenin yol açacağı sağlık problemlerini engellemek ve sedanter olan yaşamı daha aktif hale getirmeye çalışmak için bu araştırmanın yardımcı olacağı ve halk sağlığı hemşireliği ve okul sağlığı hemşireliği alanında yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, görme engelli çocukların fiziksel aktivite ve obezite düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

- ✓ Görme engelli öğrencilerde obezite düzeyi nasıldır?
- ✓ Obezite durumu öğrencinin bireysel özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
- ✓ Obezite durumu öğrencinin bazı ailesel özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
- ✓ Obezite durumu öğrencinin beslenme özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
- ✓ Obezite durumu öğrencinin fiziksel aktivite özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
- ✓ BKİ ile bazı değişkenler arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Engellilik Tanımı

Engellilikle ilgili literatürde birçok tanım vardır. Bunlardan en önemlileri:

Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu'nun kabul ettiği Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme'de engelli kavramı, diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişileri içermektedir (BM Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme 2007).

Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) 5378 Sayılı Kanunda engelli; “doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi” olarak tanımlanmıştır (T. C. Resmi Gazete, 7 Temmuz 2005, Sayı: 25868).

Devlet İstatistikleri Enstitüsü (DİE)'nün 2002 yılında yapmış olduğu Türkiye Özürlüleri Araştırması'nda engelli tanımı; “doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yetilerini çeşitli derecelerde kaybetmiş, normal yaşamın gereklerine uyamayan kişiler” olarak yapılmıştır (Türkiye Özürlüleri Araştırması 2002).

WHO tarafından 2001 yılında yayınlanan İşlevsellik, Sakatlık ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF) standart dille bütüncül bir noktadan sağlığın etki alanlarını görmek için oluşturulmuş, evrenselleşmiş bir sınıflandırma sistemidir ve bu sistemde engellilik; noksanlıklar, aktivite kısıtlamaları veya katılım kısıtlamaları için geniş bir terim olarak hizmet vermektedir ve işlevsellik terimi tüm vücut fonksiyonlarını, faaliyetlerini ve katılımını kapsayan bir terimdir (WHO 2013b).

ICF vücut işlevleri ve yapılarını, faaliyetlerini ve katılımlarını, çevresel faktörleri ve kişisel faktörleri dikkate almaktadır ve bu sayede işlevsellik, engellilik ve sağlık yönünden bireyin çok boyutlu değerlendirilmesi sağlanmaktadır. ICF engelli insanların değerlendirilmesi için biyo-psiko-sosyal bir yaklaşım sağlar ve benzer engelliliği olan iki kişinin işlevsellik düzeyinin aynı olup olmadığının incelenmesini vurgulamaktadır (WHO 2013b).

ICF sisteminin amaçları:

- ✓ Sağlığın, sağlığa ilişkin durumların, sonuçların ve tespitlerin incelenmesi ve anlaşılması için bilimsel bir temel oluşturmak,
- ✓ Ülkeler arasında veri, sağlık disiplinleri, hizmetler ve zaman karşılaştırılmasını sağlamak,
- ✓ Sağlık bilgi sistemleri için sistematik bir kodlama düzeni sağlamak,
- ✓ Sağlık ve sağlığa ilişkin durumları tanımlamak ve engelli insanlar dâhil olmak üzere sağlık personelleri, politikacılar, araştırmacılar ve halk arasındaki iletişimi geliştirmek için ortak bir dil oluşturmak (Centers For Disease Control And Prevention [CDC] 2015).

ICF sistemi, sağlıkla ilgili kullandığı bazı kavramları açıklamaktadır. Bunlar:

- **Vücut fonksiyonları (Body functions)**, vücut sistemlerinin fizyolojik fonksiyonlarını ve psikolojik fonksiyonları içerir.
- **Vücut yapıları (Body structures)**, organlar, uzuvlar ve onların bileşenleri gibi vücudun anatomik kısımlarıdır.
- **Noksanlıklar (Impairment)**, vücut yapılarında ve fonksiyonlarında herhangi bir sapma veya zarar olması sonucu ortaya çıkan sorunlardır.
- **Aktivite (Activity)**, bir birey tarafından bir hareketin ya da görevin yürütülmesidir.
- **Katılım (Participation)**, kişisel ve kişiler arası rolleri ve faaliyetleri dâhil olmak üzere sosyal hayatın içinde olmaktır.
- **Aktivite kısıtlamaları (Activity limitations)**, faaliyetlerin yürütülmesinde bireysel engellerin bulunmasıdır.

- **Katılım kısıtlamaları (Participation restrictions)**, bireyin yaşam koşullarında karşılaşılabileceği sorunlardır.
- **Çevresel faktörler (Enviromental factors)**, insanların yaşamlarını sürdürdüğü, fiziksel, sosyal ve davranışsal ortamları oluşturur.
- **Kişisel faktörler (Personel factors)**, sosyal çevre, yaş, ırk, cinsiyet, sağlık koşulları, yaşam tarzı koşulları, spor, sosyal alt yapı, başa çıkma stilleri, yetişme tarzı, eğitim, meslek, geçmiş ve şimdiki deneyim, genel davranış biçimi, karakter stili, bireysel psikolojik varlıklar ve diğer özellikler gibi durumların engelliliğin herhangi bir düzeyinde rol oynamasıdır (WHO 2002).

2.2. Dünya' da ve Türkiye' de Engellilik

Yaşlanma ve kronik hastalıkların oranının artması nedeniyle engellilik artmaktadır. Dünya nüfusunun %15'i diğer bir deyişle bir milyardan fazla insanın herhangi bir engel ile karşılaştığı tahmin edilmektedir. WHO'ya göre 15 yaş ve üstü engellilerin 110 milyon (%2.2) ile 190 milyonu (%3.8) arasındaki kişiler işlevsellikte zorluk yaşamaktadırlar (WHO 2016a). World Health Survey' e göre Dünya'da herhangi 7 kişiden birinin engeli olduğu, 15 yaşın altında 93 milyon engelli bulunduğu tahmin edilmektedir. Bu verilerden anlaşılacağı üzere 20 çocuktan bir tanesinin orta veya şiddetli engelliliği vardır (WHO 2014b). Engellilik kadınlarda, çocuklarda, yaşlılarda ve yoksul yetişkinlerde daha yaygındır (WHO 2013c). Dünya genelinde 285 milyon insanın görme engelli olduğu tahmin edilmektedir. Görme engelli insanların 39 milyonu tamamen görme engelli iken 246 milyonu kısmen görme engelliliği ile karşı karşıya kalmaktadır (WHO 2014c). Dünya nüfusunun %5'inin yani 360 milyonunun işitme engelli olduğu varsayılmaktadır. İşitme engellilerin 328 milyonu yetişkin, 32 milyonu çocuktur (WHO 2017b).

TÜİK'in 2011 yılında yapmış olduğu NKA sonuçlarına göre, ülkemizde en az bir engeli olan 3 ve 3 yaş üstü nüfusun oranı %6.9'dur. Erkeklerde %5.9 olan bu oran, kadınlarda %7.9'dur. 2011 NKA verilerine göre en az bir engele sahip olma durumu 10-14 yaş grubunda %2.1, 20-24 yaş grubunda %2.7, 30-34 yaş grubunda %3.2, 40-44 yaş grubunda %5.1, 50-54 yaş grubunda %8.8, 60-64 yaş grubunda %16.5, 75 ve daha yukarı yaşlarda ise %46.5 görülmektedir (NKA 2011). NKA

sonuçlarına göre ülkemizde görmede zorluk yaşayanların oranı %1.4, duymada zorluk yaşayanların %1.1, konuşmada zorluk yaşayanların %0.7, yürümede, merdiven çıkmada/inmede zorluk yaşayanların %3.3, yaşlılarına göre öğrenmede/basit dört işlem yapmada/hatırlama da/dikkatini toplamada zorluk yaşayanların %2'dir. 2011 NKA sonuçlarına göre en az bir engeli olan 3 ve daha yukarı yaştaki nüfus oranı en yüksek olan iller %13,5 ile Giresun, %12,4 ile Çorum ve %12,4 ile Erzincan; en düşük olan iller ise %4,3 ile Muş, %4,6 ile Kocaeli ve %5 ile Ankara'dır. (NKA 2011).

2.3. Engelliliğin Önemi

Bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkan ve gün geçtikçe artma eğilimi gösteren engelliliğin varlığı insanlık tarihi kadar eskidir. Çok Tanrılı dinlerin hâkim olduğu dönemde engelli bir bireyin bulunduğu ailenin bir suç işlediği ve bu yüzden Tanrıların onları cezalandırdığı düşünülerek; onlara yardım edilmemiş hatta şehir dışına sürülmüş, yalnızlığa ve ölüme terkedilmiştir. Sonraki dönemlerde engelli insanların yok edilmedikleri ancak hor görülüp aşağılandıkları, değirmenlerde ve su depolarında hayvanların yerine çalıştırıldıkları, dilencilikte kullanıldıkları hatta bazı toplumlarda cüzzamlılarla aynı yerde yaşamak zorunda bırakıldıkları görülmüştür (Öztürk 2011). Aynı dönemlerde ülkemizde, engellilerin tedavisi, rehabilitasyonu ve topluma katılımlarının sağlanması amacıyla çeşitli tedbirler geliştirildiği görülmektedir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu 2009). Engellilik kavramının tarihsel gelişimine paralel olarak, engelliler toplum içinde daha üretken, daha bağımsız, haklarının farkında olan ve haklarını arayan bireyler haline gelmişlerdir (İnan ve ark. 2013).

Engellilikle ilgili ihtiyaçlar bireyler arasında farklılık göstermektedir ve duruma göre ihtiyaçların farklı dereceleri, çeşitli konaklama(ev dekorasyonu) türleri gerekebilir. Engellilerin uzun süren olumsuz görüşleri ve durumları engelliler, onların aileleri ve dostları tarafından oluşturulmuştur ve daha olumlu, yeni yaklaşımlar meydana getirilirken bireylerin görüşlerine, ihtiyaçları belirlerken daha fazla kişi-merkezli olmasına ve holistik bakış açısıyla oluşturulmasına dikkat edilmektedir (Deickmann 2014).

Son zamanlarda yapılan araştırmalara göre birçok veri engellilerin gözden kaçan artışını fark ettirmiştir ve 2006 yılında BM Engelli Hakları Sözleşmesi'nin imzalanmasına yol açmıştır. Toplamda 127 lke bu sözleşmeyi imzalamıştır (United Nations [UN] 2017). Dünya Bankası ve WHO 2006'da imzalanana sözleşme ışığında engelliler için 2011 yılında Dünya Engellilik Raporu yayınlanmıştır (World Report On Disability 2011).

Healthy People 2020, sağlığı iyileştirmek amacıyla Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık teşviki ve hastalık önlemeye yönelik en etkili belgedir. Healthy People 2000 de 21 alt başlıkta toplanan maddeler arasında diyabet ve kronik sakatlayıcı koşullar başlığı ile engellilikten bahsedilirken (CDC 2009) Healthy People 2010 da 28 alt başlık arasında engellilik ve ikincil koşullar adlı bir başlık bulunmaktaydı (CDC 2011a). Healthy People 2020 de ise 48 alt başlık arasında engellilik ve sağlık adlı bir başlık bulunmaktadır. Kısıtlayıcı koşul olarak görülen engellilik ve kronik hastalık zamanla sağlığın geliştirilmesi ve teşviki konusunda yerini almaya başlamıştır (CDC 2011b).

Healthy People 2020, engelliler için halk sağlığı eylemlerini 3 ana başlıkta toplamıştır:

1-Günlük yaşam koşullarını geliştirmek:

- Engellilerin istedikleri ortamlara ulaşabilmesi ve çevresi ile etkileşimi için teşvik edilmesi
- Toplumsal yaşam için teşvik etmesi
- Evrensel dizayn tasarımlarını ve faaliyet ilkelerini kullanarak fiziksel ortamdaki engellerin kaldırması

2- Engelli insanlar ve engeli olmayan insanlar arasında kaynakların dağılımının adaletli olmasını sağlamak:

- ✓ Engelliler için uygun sağlık.
- ✓ Eğitim ve iç fırsatları.
- ✓ Sosyal katılım.
- ✓ Gerekli teknolojiler ve yardımcı desteklere erişim.

3-Engelli insanların bilgi tabanlarının ve sađlđın belirleyicileri hakkında farkındalıklarının artırılması:

- ❖ Yaşam süresi boyunca halk sađlđı veri toplama çalışmalarına engellilerin dâhil edilmesi
- ❖ Sađlđın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerine engellilerin dâhil edilmesi
- ❖ Halk sađlđı ve diğer sağlık çalışanları için engellilik ve sağlık eğitimi olanaklarının artırılması (Healthy People 2020).

2.4. Engelliliğin Sınıflandırılması

Farklı farklı gruplandırmalar olsa da engellilik genellikle 6 grupta toplanmıştır: ortopedik engelliler, görme engelliler, işitme engelliler, dil ve konuşma engelliler, zihinsel engelliler, süreğen hastalıklar (Türkiye Özürlüler Araştırması 2002; Koca 2010).

2.5. Görme Engelliler

2.5.1. Görme Engelinin Tanımı

Görme engelinin yasal ve eğitsel olarak kabul gören iki farklı tanımı vardır (MEB 2014). Yasal tanıma göre görme engelli tüm düzeltmelerle birlikte gören gözün olağan görme gücünün onda birine yani 20/200' lük görme keskinliğine ya da daha azına sahip olan ya da görme açısı 20 dereceyi aşmayan bireylerdir. 20/200'ün anlamı görme yetersizliğinden etkilenen bireyin 60 cm' den görebildiğini, normal görme gücüne sahip olan bireyin 6 m' den görebilmesidir. Görme açısının dar olmasının anlamı ise, normal görme keskinliği olmasına rağmen, görmenin sadece merkezdekilerle, 20 dereceyle sınırlı olma, 20 derecenin dışında kalan nesnelere görememedir (Baykoç Dönmez ve ark 2014.). Yasal tanıma göre az görenler görme keskinliği 20/70 ile 20/200 arasında olan yani normal gören bireyin 6 m.' den gördüğünü, 2 m. ile 60 cm. arasındaki mesafeden görebilen bireylerdir.

Eğitsel tanıma göre görme yetersizliğinden çok ağır derecede etkilenen, mutlaka kabartma alfabeye (Braille) ya da konuşan kitapların kullanılmasına ihtiyaç duyan bireyler “görme engelli”, büyütücü araçlar yardımıyla ya da büyük puntolu yazılı materyali okuyabilen bireyler “az gören bireyler” olarak tanımlanmaktadır (MEB 2008, Tuncer 2009).

2.5.2. Dünya’da ve Türkiye’de Görme Engelliler

2010 yılında dünya genelinde 285 milyon olarak tahmin edilen görme engellilerin 39 milyonu tamamen görme engellidir (WHO 2013a). Görme engellilerin %90’ı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadırlar ve görme engellilerin %82’si 50 yaşın üzerindedir. Erişkinlerde meydana gelen görme engelinin %80’i önlenebilir ya da tedavi edilebilir görme bozukluğu sonucunda meydana gelmektedir (WHO 2014c). Dünya genelinde ortalama 19 milyon 15 yaş altı çocuğun görme engeli ile karşı karşıya kaldığı ve 1.4 milyon 15 yaş altı çocuğun tamamen görme engelli olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2014a).

NKA sonuçlarına göre ülkemizde gözlük veya lens kullanıyor olsalar dahi görmede çok zorlanan veya hiç göremeyen nüfusun oranı %1,4’dür. Bu oran erkekler için %1,3 iken, kadınlar için %1,5’dir. NKA verilerine göre, görmede biraz zorlandığını beyan eden nüfusun oranı %7,6 görmede zorluk çeken nüfusun oranı %91’dir. Bu orana, görme bozuklukları olmasına karşın, gözlük veya lens kullandıkları için normal görebilen kişilerde dâhildir. 30-34 yaş grubunda %0,6 olan görmede çok zorlanan veya hiç göremeyen nüfus oranı, 50-54 yaş grubunda %1,9’a yükselmektedir. Görmede zorluk yaşayan çocukların oranı %0,4’ tür (NKA 2011).

Ülkemizde 0-9 yaş arası kız çocuklarda görmede zorluk yaşayanların oranı %1.3, erkek çocuklarda ise %1.5’dir. 10-14 yaş arası kız çocuklarda görmede zorluk yaşayanların oranı %0.3, erkek çocuklarda %0.2 ve 15-19 yaş arası kız çocuklarda %0.6 erkek çocuklarda ise %0.6’dır. NKA verilerine göre; görmede zorluk çekmeyenlerin oranının en yüksek olduğu iller %96,6 ile Van ve Muş, %95,4 ile Şanlıurfa olduğu görülmektedir. Buna karşın görmede zorluk çekmeyenlerin oranının

en düşük olduğu iller %83,7 ile Bartın, %84,1 ile Giresun ve %85,1 ile Edirne'dir. Diğer yandan, görmede çok zorlanan veya hiç göremeyen nüfus oranının en yüksek olduğu iller %3,7 ile Tunceli, %2,8 ile Çorum, %2,5 ile Erzincan'dır (NKA 2011). MEB' in yapmış olduğu araştırmaya göre 17 tane görme engelli ilkokulu ve 492 tane görme engelli ilkokul öğrencisi ve 17 tane görme engelliler ortaokul 699 tane görme engelliler ortaokul öğrencisi bulunmaktadır (MEB İstatistikleri 2017).

2.5.3. Görme Engelli Çocuklarda Fiziksel Aktivite

2.5.3.1. Fiziksel Aktivitenin Tanımı

Fiziksel aktivite enerji harcanmasını gerektiren iskelet kasları tarafından üretilen herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlanmaktadır (WHO 2015a).

Egzersiz (Düzenli Fiziksel Aktivite): Fiziksel uygunluğun bir veya daha fazla bileşenin korunmasını veya geliştirilmesini amaçlayan düzenli, planlanmış ve tekrarlı fiziksel aktivitelerdir.

Spor: Belirli kurallar içerisinde yapılan, genellikle yarışma amacı taşıyan, lisanslı amatör ve profesyonel sporcuların gerçekleştirdiği aktivite türüdür (Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi 2014).

2.5.3.2. Dünya'da ve Türkiye'de Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite yetersizliği dünya genelinde 3,2 milyon kişinin ölümüne sebep olmaktadır (WHO 2015a). Dünya genelinde ölümlerin %13 'üne hipertansiyon, %9'una sigara, %6 sına diyabet, %6' sına yetersiz fiziksel aktivite sebep olmaktadır yani ölüm sebepleri arasında 4. sırayı almaktadır. Yetersiz fiziksel aktivite meme ve kolon kanserlerinin yaklaşık %21-25'inin, diyabetin % 27'sinin ve iskemik kalp hastalıklarının % 30'unun ana nedenidir (WHO 2017c).

Türkiye genelinde 6-11 yaş grubu çocukların %58,4'ü düzenli olarak egzersiz yapmamaktadır (günde 30 dakika veya daha fazla süre ile). Egzersiz yapmayanların oranı 6-8 yaş grubunda %65.8, 9-11 yaş grubunda %52.7, kentsel bölgelerde %58.2, kırsal bölgelerde %58.9'dur. Her iki yaş grubunda da egzersiz yapmayan kızların oranı, egzersiz yapmayan erkeklere göre daha yüksektir. Egzersiz yapan 6-11 yaş grubu çocukların %19.6'sı her gün, %11.7'si haftada 1-2 kez, %6.7'si haftada 3-4 kez, %3.4'ü ise haftada 5-6 kez spor/egzersiz yapmaktadır. 6-8 yaş grubunda ve 9-11 yaş grubunda egzersiz yapan çocukların büyük bir çoğunluğunun her gün (sırasıyla, %20.3 ve %19.1) egzersiz yaptığı bulunmuştur. Kentsel ve kırsal bölgelerde her gün egzersiz yapan çocukların oranı (sırasıyla, %20.0 ve %18.8) kentsel alanda daha fazladır (TBSA 2010).

2.5.3.3. Görme Engellilerde Fiziksel Aktivite

Engellilerde düzenli fiziksel aktivite; hareketsizliğe bağlı olarak gelişecek kas iskelet sistemi problemlerini önler, Sağlığı geliştirir, fiziksel uygunluğu artırır, duruş ve dengeyi geliştirir, öz saygıyı artırır, kilo kontrolünü sağlar, kas ve kemikleri kuvvetlendirir, enerjik hissetmeyi sağlar, stresi azaltır ve gevşemeyi sağlar ve bağımsız yaşamı destekler (THSK 2015b).

Görme engelli bireyler cesaretlendirilerek öncelikle hareketsizlik durumuna göre günde en az 10 dakika olmak üzere fiziksel aktiviteye başlanmalı daha sonra bu süre zamanla artırılarak 60 dakikaya tamamlanarak anlamlı ve amaçlı aktivitelere tam katılımları sağlanmalıdır. Görme engelli bireylerde fizyolojik enerjilerini harcamamaya bağlı olarak istemsiz hareketleri (baş sallama, ellerini çevirme, olduğu yerde sallanma veya dönme gibi) tik olarak gelişir ancak uygulanacak olan fiziksel aktivite bu hareketlerin azalmasını sağlayacağı için fiziksel aktivitenin süresi ve şiddeti de artırılabilir; özellikle de folklor ve takım sporları bireylerin sosyal katılımı, ruhsal gelişimleri ve paylaşımını artıracığı için tercih edilmelidir. Yetersiz görsel bilgi ve görme alanı kısıtlılığının görme engelli bireylerde, yürüyüş ve duruş bozukluklarına ve kas-iskelet sistemlerinde bozulmalara yol açması nedeniyle fiziksel aktivite sırasında esneme, düzgün duruş hareketleri ve üç boyutlu ortamda

vücut farkındalığını geliştirici egzersizlerin kullanılması uygundur ve kas-iskelet sistemi yaralanmalarını önlemek için her fiziksel aktivite öncesinde kişilerin ısınma ve soğuma hareketlerini gerçekleştirmeleri önemlidir (THSK 2015c).

2.5.4. Görme Engelli Çocuklarda Obezite

2.5.4.1. Obezitenin Tanımı

Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15-18'i, kadınlarda ise %20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır ve bu oranın erkeklerde %25, kadınlarda ise %30'un üstüne çıkması obeziteyi oluşturmaktadır. Günlük alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması durumunda, harcanamayan enerji vücutta yağ olarak depolanmakta ve obezite oluşumuna neden olmaktadır (THSK 2015a).

Obezite sağlık açısından risk teşkil edecek kadar anormal veya aşırı yağ birikmesidir. Bir kişinin ağırlığının boyunun karesine bölünmesine ile BKİ ölçülmüş olur. BKİ 25 veya daha fazla olan kişi fazla kilolu, 30 veya daha fazla olan kişi obez olarak kabul edilir (WHO 2015b). Obezite genel olarak bedenin yağ kütlelerinin yağsız kütleye oranının aşırı artması sonucu boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkmasıdır (THSK 2015a).

2.5.4.2. Dünya'da ve Türkiye'de Obezite

2008 yılında tüm dünyada 1,4 milyardan fazla yetişkin insan fazla kilolu, yarım milyardan fazla yetişkin obezdir ve 2013 yılında 42 milyon okul öncesi çocuk fazla kilolu olarak tespit edildi. Dünya'da her yıl en az 2,8 milyon kişi aşırı kilo ve ya obezite sebebiyle ölmektedir. 1980'den 2008'e prevalansı neredeyse ikiye katlanan obezite bir zamanlar yüksek gelirli ülkelerle ilişkilendirilirken şimdi düşük ve orta gelirli ülkelerde de yaygın durumdadır (WHO 2017a).

Avrupa’da yetişkinlerde fazla kilolu olma prevalansı erkeklerde %32-79, kadınlarda ise %28-78 arasında değişmektedir. Fazla kilolu olma durumunun en yüksek olduğu ülkeler Arnavutluk, Bosna-Hersek ve İngiltere (İskoçya bölgesinde)’dir (WHO 2007). Aşırı kilolu veya obez çocukların prevalansı 1990 yılında %5 iken 2012 yılında %7 olmuştur. Aynı dönemde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Afrika Bölgesi’nde kilolu çocukların oranı 4 milyondan 10 milyon kişiye yükselmiştir (World Health Statistics 2014).

2014 yılında 1,9 milyardan fazla 18 yaş ve üzeri yetişkin fazla kilolu, bunların 600 milyonu da obezdir. Erkeklerin %11’i ve bayanların %15’i olmak üzere dünya yetişkin nüfusunun ortalama %13’ü obez ve erkeklerin %38’i, bayanların %40’ı olmak üzere yetişkinlerin ortalama %39’u fazla kiloludur (WHO 2016b). Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) raporuna göre ülkemizdeki 15 yaş üstü obezite sıklığı kadınlarda %24,5, erkeklerde %15,3 olmak üzere toplam %19,9’dur (OECD 2014).

Türkiye’de 0-5 yaş arası çocuklarda obezite sıklığı % 8,5 (erkek %10,1, kız %6,8), 6-18 yaş arasında ise obezite sıklığı % 8,2 (erkek %9,1, kız %7,3) olarak bulunmuştur. 0-5 yaş arası çocuklarda fazla kilolu olanlar %17,9, fazla kilolu ve şişman olanlar %26,4 olarak bulunmuştur. 6-18 yaş arası çocuklarda ise fazla kilolu olanlar %14,3, fazla kilolu ve şişman olanlar %22,5 olarak bulunmuştur (TBSA 2010).

2.5.4.3. Görme Engelli Çocuklarda Obezite

Obezite çocukluk ve ergenlik dönemindeki en sık görülen kronik hastalıktır ve özellikle endüstrileşmiş bazı toplumlarda, çocukluk ve ergenlik döneminde obezite sıklığı astım ve egzama gibi allerjik hastalıkların bile önüne geçmiştir. Çocukluk ve ergenlik obezitesi beraberinde yüksek riskli morbiditeyi taşır ve geç sekelleri önemlidir (THSK 2015d).

Türkiye’de çocuklar arasında yaşanan bölge, yerleşim biriminin yapısı ve cinsiyete göre zayıflık ve şişmanlık sorunu mevcuttur. Çocukların sağlıklı beslenmesi ve fizik aktivite yapmalarına ilişkin politikaların güçlendirilmesi, uygulamalar için ivedilikle öncelik verilmesi gerekmektedir. Çocuklarımızın sağlıklı ve dengeli beslenmeleri konusunda davranış değişikliğine gereksinimi olduğu kadar fizik aktivitelerinin de artırılması gerekir ve bunun için ailenin bakış açısının geliştirilmesi ve yaşanan ortam olanaklarının değerlendirilmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir (Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması 2013).

Çocukluk çağı şişmanlığın tedavisi oldukça zordur ve başarılı bir tedavi için şişmanlığın nedenlerinin doğru olarak saptanması ve iyi bir ekip çalışması gerekli olmasına rağmen ilaç tedavisi ve cerrahi tedavinin çok zorunlu durumlar dışında çocuklukta uygulanmasının sakıncalı olduğu bildirilmektedir. Çocuk ve ergende olumlu ve kalıcı davranış değişikliklerinin oluşturulabilmesi ve başarılı bir tedavi için ailenin, akrabaların, arkadaş çevresinin, okul çocuğu ise öğretmenlerinin ve diğer sağlık personeli ile işbirliği sağlanmalıdır.

Tedavide öncelikle ele alınması gereken ve daha kolay başarı sağlanan çocuklar şunlardır:

- Gerçekten zayıflama isteği olan çocuklar veya ebeveyni yardım isteyenler
- Şişmanlığa ek olarak başka bir hastalığı olanlar
- Şişmanlığa bağlı komplikasyon ve psikolojik sorunları gelişmiş olanlar
- Diyabet veya kardiyovasküler hastalık gibi aile öyküsü bulunanlar
- Kan basıncı yüksek olanlar (Köksal ve Gökmen Özel 2008)

Görme engelli çocuklarda motor gelişimde gecikme olması ve görsel takip yetersizliği nedeniyle hareketlerde yavaşlama meydana gelmekte ve fiziksel aktivite oranı sağlıklı çocuklara oranla düşmektedir. Sosyal faaliyetlere katılımlarının sağlıklı çocuklara göre az olması nedeniyle oyun aktiviteleri de azdır. Ayrıca engelli

çocuklarda sağlıklı çocuklara göre yeterli ve dengeli beslenme tedavi ve rehabilitasyonuna katkıda bulunması sebebiyle de daha önemlidir. Ancak aile ve öğretmenlerin görme engelli çocukların fiziksel aktivite ve yeterli ve dengeli beslenme konuları hakkındaki bilgileri sınırlıdır, başka çocuklarla da ilgilenmek zorunda oldukları için gereken zamanı da ayıramamaktadırlar. Görme engelli çocuklarda hareket kısıtlılığı, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme, bilgi eksikliği ya da yanlış beslenme nedeni ile obezite olabilir. Bu durum sağlıklı çocuklara oranla daha fazla olmaktadır.

2.6. Görme Engelli Çocuklarda Obezite, Fiziksel Aktivite ve Halk Sağlığı Hemşireliği

Demografik ve epidemiyolojik dönüşüm, sağlık alanında yeni sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına, önem kazanmasına yol açarken, gelişen bilim ve teknoloji ise yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesine neden olmaktadır. Kronik hastalıklar ve bunlara bağlı yetersizlik, özürlülük ve engellilikler günümüzün en önemli sağlık sorunlarının başında yer almaktadır (Dokuzcan ve ark. 2011). Klasik sağlık bakım sistemlerinin engelli bireyler için yetersiz kalması sebebiyle son zamanlarda kronik bakım modeli de denilen yetkin sağlık sistemleri geliştirme çalışmaları başlamıştır (İnan ve ark. 2013).

Ülkemizde engelli çocukların engellilikleriyle ilgili ve engellilik dışı sağlık sorunlarının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları ve sağlık hizmet alımında karşılaşılan sorunların tespiti ile çözüm yollarının araştırılması oldukça önemli ve öncelikli bir konudur. Özellikle çocuk engelliler ile bu konuda yapılan çalışmalar çok kısıtlıdır. Ayrıca engelli çocukların engellilikleri kadar engellilikleri dışında da düzenli sağlık hizmeti almaları oldukça önemlidir (Durduran ve Bodur 2009). Türkiye’de gelecekte engellilerinde her tür hizmetten yararlandığını görmek, sağlık sisteminde engelle karşılaşmadığını görmek uzak değildir. Sağlık profesyonellerinin engellilere olan ilgisi gün geçtikçe artmaktadır (Sarı 2010).

Ülkemizde ve dünyada artan bir prevalansa sahip olan, neden olduğu metabolik, endokrin ve bazı organlardaki yapısal sorunlar nedeniyle, halk sağlığı açısından önemli bir sorun olarak karşımıza çıkan obezite önlenebilir bir hastalıktır (Kayar ve Utku 2013). Dünyada hızla artan obezite yaygınlığı, bireyleri ve toplumları etkileyen önemli bir sosyal problemdir (Ergül ve Kalkım 2011). Tüm dünyada salgın şeklinde yayılması sağlık harcamalarında artışla beraber ülkelerin ekonomilerine ağır yükler getirmesi nedeniyle her ülke kendi ulusal sağlık politikasını oluşturmalıdır. Obeziteden korunmaya yönelik çabalar bu hastalık ile mücadelenin temelini teşkil eder ve bu amaç doğrultusunda birinci basamak sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir. Çünkü önemli olan obeziteyi iyi tedavi etmek değil obeziteden korunmaktır (Tam ve Çakır 2012).

Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de sıklığı giderek artan obezitenin, çocukluk ve ergenlik dönemindeki yayılımı ve etkileri ile etkin şekilde mücadele etmek, başta birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının önemli sorumluluğudur. Ulusal sağlık politikası içerisinde obezitenin öncelikli konu olarak ele alınması, özellikle çocukluk çağı obezitesinin önlenmesi için girişimlerde bulunulması, yetişkinlik obezitesinin ve pek çok kronik hastalığın önlenmesi adına olumlu bir adımdır (Ergül ve Kalkım 2011).

Şişmanlık yalnızca bir estetik bozukluk değil, tüm organ ve sistemleri etkileyen klinik bir sorun, birçok hastalık için hazırlayıcı etmen, hastalık ve ölüm oranını artıran risk etmenidir. Şişmanlık her yaşta gelişebilen kronik bir hastalık olup gelişebilecek komplikasyonlar, şişman olarak geçirilen süre ile ilişkili olduğundan fazla kiloluğun erken yaşta tanı ve tedavisi çok önemlidir ve özellikle çocukluk çağından başlayarak erişkin dönemde devam edebileceği düşünülürse şişman olarak geçirilen süre oldukça uzun, komplikasyon gelişme ihtimali de belirgin artmaktadır. Bu nedenle, şişmanlığa yaklaşım sadece sağlık merkezlerinde değil illerde belediye kararları ile önlemler alınması ve ailelere şişmanlığın önemi hakkında bilgi verilmesi ile yaygınlaştırılmalıdır (Akçam ve ark. 2013).

Hemşirelik bakımının yönetiminde, şişman çocukların erken dönemde belirlenmesi, şişmanlığın önlenmesi ve tedavisine yönelik olarak hemşirelerin eğitici ve danışmanlık rolleri ön plana çıkmaktadır ve özellikle çocuk ve ailesine yönelik yapılan eğitimler, yetişkinlik döneminde sağlıklı yaşam davranışlarının sürdürülmesinde son derece önemlidir. Çocukların yaşam biçimi, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeyleri şişmanlığı etkileyen değiştirilebilir faktörler olduğu için çocuklarda şişmanlığın önlenmesi ya da azaltılmasına ilişkin çocukların beslenme, fiziksel aktivite, televizyon seyretme gibi alışkanlıklarının hedeflenen sağlıklı davranışlara çevrilmesi amaçlanmalıdır. Hemşirelerin bu bağlamda, çocuklarda şişmanlık prevalansını azaltmada önemli işlevleri bulunmaktadır (Kılıçarslan Törüner ve Savaşer 2010).

Sağlıklı nesiller yetiştirilmesi için günlük yeme alışkanlıklarının sağlıklı yöne kaydırılması, fiziksel aktivite düzeyinin yükseltilmesi ve diğer sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması çok önemlidir (Yaslı ve ark. 2014). Kilo fazlalığı ve obezite problemlerinin erken tespit edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması, çocuk ve adölesanların sağlık problemlerini, ailevi, okulla alakalı ve psikolojik bazı sorunlarını önleyebilir (Daştan ve ark. 2014). Uluslararası literatür incelemesinden ortaya çıkan sonuçlara göre Türkiye’de obezite ile ilgili yapılacak çalışmalarda bireylerin sigara ve alkol kullanımı, haftalık veya aylık fiziksel aktivite etkinlikleri, annenin doğum aralığı ve doğum sayısı, çalışma statüsü, beslenme kalıbı, kalori tüketimi, gıda fiyatları gibi değişkenler dâhil edilmelidir (Beyaz ve Koç 2011).

Sağlık, kaliteli yaşamın olmazsa olmaz koşulu olarak kabul edildiğine göre, teknolojik gelişmelerle günlük aktivite yoğunluğunu azaltmak her ne kadar yaşamı kolaylaştırırsa da uzun vadede hareketsiz bireylerin sayısını arttırmakta ve sağlığı olumsuz etkilemektedir. Giderek daha az mesafeler boyunca yürüyen, ev dışı aktivitelere daha az katılmaya başlayan kitleler, gün içerisinde harcadığı enerji miktarını azaltırken, beslenme sıklığı ve miktarını değiştirmemektedir ve sonuç olarak fiziksel aktivite yetersizliği vücut üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra, vücut ağırlığında artışa neden olmaktadır (Bek 2008).

Son yıllarda çocuklarda aktiviteye katılım, televizyon/video izleme ve bilgisayar kullanma gibi sedanter aktivitelerdeki artış nedeniyle giderek azalmaktadır ancak aktif bir yaşam stili için çocukların desteklenmesi, uzun vadede hem çocukların hem de toplumun sağlığı için önemlidir. Fiziksel aktivitenin normal kilonun korunması, obezite, kardiyovasküler hastalıklar, kanser gibi birçok kronik hastalıktan korunmasının yanı sıra kendine güvenin, benlik saygısının ve akademik başarının artması ve depresyon belirtilerin azalması gibi önemli psikososyal yararları vardır (Meydanlıoğlu 2015). Çocukluk çağından itibaren düzenli aktivite alışkanlığı kazandırmak, egzersizli günlük yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline getirmek ve en azından her birey için günlük bedensel aktivite miktarını arttırmak bireysel sağlığımızın korunması ve ileride karşılaşılabilecek sağlık tehditlerinin azaltılması konusunda oldukça büyük öneme sahiptir (THSK 2017a).

Engelli bireylerin fiziksel aktiviteye katılımlarını artırmaya yönelik girişimler gün geçtikçe artmaktadır. Engellilerin fiziksel aktivite içinde olabilmeleri için birçok firmanın sponsor olması, belediyelerin artan bir oranla engelli spor kulüpleri ve merkezleri açması, üniversitelerin engelli bireylere yönelik fiziksel aktivite programları geliştirmesi ve uygulaması, federasyonların engelli okullarında okuyan çocuklara ulaşma imkanı gibi durumlar fiziksel aktiviteye engelli katılımını artırmaktadır. Sağlığa yararları bu kadar iyi bilinen fiziksel aktivitenin engelliler için önemi sağlıklı bireylere oranla daha fazladır; bu nedenle daha pek çok engelli bireyin fiziksel aktivite ile tanışmalarını ve devam etmelerini sağlamak pek çok kişi ve kurumun görevi olmalıdır (Esatbeyoğlu ve Güven Karahan 2014).

Görme engelli bireylerde motor gelişimde gecikme olması ve görsel takip yetersizliği nedeniyle açığa çıkardıkları hareketlerde yavaşlama meydana gelmekte ve bu durum fiziksel aktivitenin de azalmasına neden olmaktadır. Özellikle çocuk engellilerin yaşlıları ile etkileşimlerinin az olması, onların sosyal katılımlarını etkilemekte ve önemli bir toplumsal katılım göstergesi olan oyun aktivitelerinde daha az yer almaktadırlar. Ailelerin ve öğretmenlerin görme engelli bireylerin fiziksel aktivitelere katılımını kolaylaştırmak için yapılması gereken yardımlar ve düzenlemeler hakkındaki bilgi yetersizlikleri fiziksel aktivite kısıtlılıklarının önemli nedenlerindedir (Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü).

Diyabet ve obezite gibi yaşam tarzıyla ilgili hastalıklarda artış genellikle engellilik ve kronik hastalıkların oranlarının artması ile bağlantılı olduğu için engellilerin ve kronik hastalığı olanların yaşam tarzlarının araştırılıp sorun olarak ele alınması ve bu konuya odaklanması tıbbi, sosyal, duygusal, zihinsel, ailesel ve toplumsal sorunların azalması ve refahı bozan sorun haline gelmemesi için önemli bir konudur (Deickmann 2014).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara ili Altındağ mahallesinde bulunan Göreneller Görme Engelliler İlkokulu, Göreneller Görme Engelliler Ortaokulu ve Yenice mahallesinde bulunan Mitat Enç Görme Engelliler İlkokulu, Mitat Enç Görme Engelliler Ortaokulu, Kani Karaca Görme Engelliler İmam Hatip Ortaokulu'nda yapılmıştır.

1998 yılında ilköğretim okulu statüsüne girmiş olan Göreneller Görme Engelliler İlköğretim Okulu; 2012-2013 eğitim öğretim yılında yeni eğitim sistemi dönüşümü ile Göreneller Görme Engelliler İlkokulu-Ortaokulu-Özel eğitim Mesleki Eğitim Merkezi isimleriyle üç okulun birlikte eğitim yaptığı eğitim kurumu haline gelmiştir. 2014 yılı itibariyle Göreneller Görme Engelliler İlkokulu – Ortaokulu ve Özel Eğitim Mesleki Eğitim Müdürlüğü bünyesinde 44 öğretmen ve idareci personeliyle hizmet vermektedir. Mevcut personelin eğitim durumları incelendiğinde 5 yüksek lisans mezunu, 37 lisans, 2 ön lisans mezunu olduğu görülmektedir. Okulun öğretmenlerinden 12 tanesi görme engellidir. Engelli öğretmenlerin oranı % 29 dur. Kurumda bir tane hemşire bulunmaktadır. Okul hemşiresi öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının korunması ve geliştirilmesinden sorumludur.

Göreneller Görme Engelliler İlkokulu'na ait 13 derslik, bir bilgisayar laboratuvarı, bir kütüphane ve bir spor salonu vardır. 2015-2016 öğretim yılında 23 adet öğretmeni olan ilkokulun 82 tane öğrencisi bulunmaktadır. 2015-2016 öğretim yılında 65 öğrencisi olan Göreneller Görme Engelliler Ortaokulu'nda 16 öğretmen görev yapmaktadır. Ortaokulun 7 adet dersliği vardır.

Mitat Enç Görme Engelliler İlkokulu, Mitat Enç Görme Engelliler Ortaokulu ve Kani Karaağaç Görme Engelliler İmam Hatip Ortaokulu'na ait 18 sınıf, 3 atölye, bir bilgisayar laboratuvarı, bir yemekhane ve 90 kişilik bir yatakhane, bir kütüphane, bir hemşire odası ve revir bulunmaktadır. Ayrıca psikolojik danışmanların (rehber öğretmenlerin) görev yaptığı iki rehberlik ve psikolojik danışma bürosu vardır.

Mitat Enç Görme Engelliler İlkokulu 10 dersliğe sahiptir. 19 öğretmeni olan ilkokulun öğrenci sayısı 44'tür. Mitat Enç Görme Engelliler Ortaokulu'na ait 8 derslik vardır. 20 öğretmeni olan ortaokulun öğrenci sayısı ise 54'tür. Kani Karaca Görme Engelliler İmam Hatip Ortaokulu 2015 - 2016 Eğitim Öğretim yılında Mitat Enç Görme Engelliler Ortaokulu bünyesinde açılmıştır. Bir dersliği olan imam hatip ortaokulunda 7 öğrenci, 2 öğretmen bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu

Bu araştırmanın evrenini Ankara ili sınırları içinde bulunan görme engelliler ilkokulları ve ortaokullarıdır. 2015-2016 öğretim yılı içinde Göreneller Görme Engelliler İlkokulu, Göreneller Görme Engelliler Ortaokulu, Mitat Enç Görme Engelliler İlkokulu, Mitat Enç Görme Engelliler Ortaokulu, Kani Karaca Görme Engelliler İmam Hatip Ortaokulu'nda öğrenim gören 206 öğrenci bulunmaktadır. Ancak 46 görme engelli öğrencinin görme engeli dışında başka bir engeli daha olduğundan ve 9 öğrenci 17 yaşından büyük olduğundan çalışma kapsamına alınamamıştır. Bu nedenle çalışmanın evrenini 151 öğrenci oluşturmaktadır. Ancak okuldan kaydı silinen, devamsızlık yapan, sağlık problemi ile hastanede tedavi gören, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, ailesi tarafından araştırmaya alınmasına izin verilmeyen ve ya görme engeli dışında en az bir engeli bulunan öğrenciler olduğu için araştırmaya 134 öğrenci katılabılmıştır. Katılım oranı %89'dur. Tam sayım yöntemi ile evrenin tamamı araştırmaya dâhil edilmiştir (Esin 2014).

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya alınma kriterleri; 17 yaşın altında olmak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmak, görme engelinin dışında bir engeli daha bulunmamak ve ailesinin çalışmaya katılmaya onayının olmasıdır.

3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Veri toplamada literatür taramaları sonucu araştırmacı tarafından oluşturulan görme engelli öğrencilerde fiziksel aktivite ve obezite durumlarının incelenmesi anket formu (Ek A) ve tarama formu (Ek B) kullanılmıştır.

3.5.1. Görme Engelli ğrencilerde Fiziksel Aktivite Ve Obezite Durumlarının İncelenmesi Anket Formu

Anket formu kapalı ve açık uçlu 35 sorunun bulunduğu 3 bölümden oluşmaktadır. Anket formunda bölümlere başlamadan önce katılımcıları bilgilendirme amaçlı yönerge bulunmaktadır.

3.5.1.1. Demografik zellikler

Literatür incelemeleri sonucu oluşturulan yaş, cinsiyet, okul, okul numarası, sınıf, babanın-annenin yaşı, eğitim durumu ve mesleği, aile tipi, ailenin toplam aylık geliri, kardeş sayısı, kaçıncı ocuk olduğu, çocuğun annenin ve babanın beden imajını algılaması, kronik hastalığı ve kullandığı ilaç sorularıyla tanımlayıcı bilgileri kapsayan 19 sorudan oluşmaktadır (Terzi 2011, Kızar 2012).

3.5.1.2. Beslenme Özellikleri

Bu bölümde günlük öğün sayısı, fastfood alım miktarı, abur cubur alma durumu, öğün atlama, atlanan öğün çeşidi, öğle yemeğinde yenen yemek, ailenin verdiği harçlık soruları ile sağlıklı beslenme durumunu etkileyecek durumlarla ilgili 7 sorudan oluşmaktadır (Gezgin 2012, Özilbey 2013, Gümüşsoy Ay 2014).

3.5.1.3. Fiziksel Aktivite Özellikleri

Günlük izlenen TV ya da bilgisayar başında geçirilen süre, günlük uyku süresi, günlük ders çalışma süresi gibi sedanter aktiviteler ve haftada işlenen beden eğitimi dersi saati, spor kulübü, ilgilenilen spor, okula gidiş tercihi, okula ulaşım, açık alanda oyun oynama süresi gibi öğrencinin aktif olduğu düşünülen aktiviteler fiziksel aktivite durumunu etkilediği için 9 soru oluşan bu bölüm literatür tarama sonucu oluşturulmuştur (Yılmaz 2006, Turgut 2008, Çınar 2013).

3.5.2. Görme Engelli Öğrencilerde Fiziksel Aktivite Ve Obezite Durumlarının İncelenmesi Tarama Formu

Bu form yaş, cinsiyet, kilo, boy, beden kütle indeksi, boya, kiloya ve beden kütle indeksine göre persentil değerleri antropometrik ölçümlerin kaydedilmesi için oluşturulmuştur (Can 2011, Önder 2011, Arğun Açıl 2012).

3.5.3. Antropometrik Ölçümler

Öğrencilerin yaşları ay/yıl olarak alınmıştır. Obezite tanısında sıklıkla kullanılan antropometrik ölçümler kolay, hızlı, pratik ve ucuz ölçüm teknikleridir. Öğrencilerin boyunu ölçmek için duvara sabit bir şekilde yapıştırılmış olan mezura kullanılmıştır. Öğrencinin yalın ayak, ayaklar kapalı ve topuklar duvara değecek şekilde duvara yaslanması sağlanmış ve başın üzerinden temas ettirilerek uzatılan

çetvelle boy ölçümü yapılmıştır. Kilo ölçümünde, öğrencilerin kilolarını tam olarak tespit etmek edebilmek ve oluşabilecek hatalara fırsat vermemek için 100 gr hassasiyetli 150 kg kapasiteli elektronik baskül kullanılmıştır. Aletin ayarı belli aralıklarla kontrol edilmiştir. Baskül düz ve sert bir zemine konulduktan sonra çocukların hareketsiz dik durumda ve karşıya bakar pozisyonda ölçümleri yapılmıştır. Ayrıca öğrencilerin ölçüm sırasında üzerinde sadece okul kıyafeti olacak şekilde ve ayakkabısız kalmaları sağlanmış ve ölçümler kg olarak kaydedilmiştir. Öğrencilerin tartı ve boy ölçümleri sonrası BKİ'leri hesaplanmıştır. BKİ ağırlığın (kg) boyun karesine (m²) bölünmesiyle hesaplanıp tarama formuna kaydedilmiştir. Yaş ve cinsiyete göre belirlenmiş çizelgelerde BKİ değeri, kilo, boy gibi ölçüm sonuçları ile değerlendirilerek persentil hesapları yapılmıştır.

3.5.4. Persentil Tabloları

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2007 yılında yayınlamış olduğu persentil değerleri ile değerlendirme yapılmıştır (WHO 2017d).

3.6. Verilerin Ön Uygulanması

Soruların anlaşılabilirliğini ve uygunluğunu tespit etmek amacıyla yüz yüze görüşme tekniğiyle Konya'da ikamet eden 10 adet görme engelli çocuğa ön uygulama yapılmıştır. Soruların anlaşılabilirliği ve uygunluğu bu ön uygulama ile saptanmıştır. Verilerin ön uygulanması sonucu sorularda değişiklik yapılmamıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Yüz yüze görüşme tekniğiyle verilerin toplanmıştır. Öncelikle veliler, gönderilen aydınlanmış onam formunu ve veli izin belgesini kabul ettiğine dair imzalayıp göndermesi ve sonrasında öğrencinin gönüllülük onam formunu onaylaması aynı zamanda araştırmaya katılmak için gönüllü olduğunu belirtmesi ile anket formları doldurulmaya başlanmıştır. Görme engelli çocuklarda fiziksel aktivite

ve obezite durumlarının incelenmesi anket formunda yer alan soruları araştırmacı tarafından okunmuş ve öğrencinin yanıtlanması beklenmiştir. Anket formu doldurulduktan sonra, taramalar yapılmış ve ölçüm sonuçları tarama formuna kaydedilmiştir. Bir öğrenci için anket doldurma ve tarama yapma işlemi 20 dk. sürmüştür. Araştırmaya katılan öğrenciler, derslerine engel olunmadan okul yönetiminin ve öğretmenlerinin uygun gördüğü zaman dilimlerinde taramaya alınmıştır. Bu zaman dilimleri derslerinde araştırma yapılmasına izin veren öğretmenlerin ders saatlerinde ya da öğrencilerin öğretmenin gelememesi üzerine boş geöen ders saatlerinde yapılmıştır. Öğrencilerin taramaları okul yönetiminin belirlediği boş bir sınıfta yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini yaş, boy, kilo, cinsiyet, okulu, sınıf, annenin-babanın yaşı, eğitimi, mesleği, aile tipi, ailenin gelir durumu, kardeş sayısı, herhangi bir kronik hastalığın varlığı, günlük öğün sayısı, fastfood tüketim durumu, abur cubur atıştırma, öğün atlama, öğle yemeğinin yendiği yer, verilen harölık, günlük bilgisayar ya da TV başında geöirilen süre, günlük uyku süresi, günlük ders öalışma süresi, günlük açık alanda oynama süresi, herhangi bir sporla ilgilenme, spor kulübüne gitme, okula gitme şekli, yatılı olma durumu gibi tanımlayıcı bilgiler oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri beden kütle indeksi ve persentil değerlerine göre belirlenene obez olma durumu olarak belirlenmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakóltesi İlaö ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu onayı ile Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve araştırmanın yapılacağı okulların bağlı olduğu İlöe Milli Eğitim Müdürlükleri'nden gerekli izinler alınmıştır (Ek F-G). Velilere aydınlatılmış

onam formu ve izin belgesi gönderilmiş; velilerin yazılı izinleri alınmıştır (Ek C-D). Araştırmaya katılacak öğrencilere aydınlatılmış gönüllü onam formu okunmuş; öğrencilerin sözlü onamları alınmıştır (Ek E).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

✓ Araştırma Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı Ankara'da bulunan görme engelliler ilkokul, ortaokul ve imam-hatip ortaokullarında yapılmıştır. Bu nedenle araştırma sadece bu evrene genellenebilmektedir.

✓ Görme engelli öğrencilerde obezite ve fiziksel aktivite konusu ile ilgili çok az sayıda çalışma bulunmaktadır.

✓ Görme engelli öğrenciler sağlık problemleri nedeniyle devamsızlık yapmaktadırlar. Bu nedenle çalışmaya katılım tam sağlanamamıştır.

✓ Gönüllülük esasına dayandığı için izin belgesi gönderilen bazı velilerin çalışmaya katılmayı onaylamaması sebebiyle bu öğrenciler çalışmaya alınamamıştır.

✓ Okulda bulunan görme engeli dışında başka engeli bulunan görme engelli çocuklar çalışmaya alınamamıştır. Çünkü çalışmamızda görme engelli çocuklarda obezite ve fiziksel aktivite durumu incelenmiştir. Görme engeli dışında başka engeli bulunan görme engelli çocuklarda fiziksel aktivite ve obezite durumu bilinmemektedir.

✓ Araştırmaya katılmak istemeyen öğrencilerimizin olması örnekleme azalmaya sebep olmuştur.

3.13. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Veriler oransal olarak yüzde ile ayrıca ortalama, standart sapma ve ortanca değerlerle özetlenmiştir. Bağımlı değişkenlerin bağımsız değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığını ölçme için; normal dağılımlarda t testi, normal dağılmayan değişkenlerde Mann Whitney U ve Kruskall Wallis testi yapılmıştır. Normal dağılıma kolmogorow smirnov, skewnees-kurtosis, histograma bakılarak karar verilmiştir. Araştırmanın nitel değişkenlerinin yüzdeler arası karşılaştırması için ki kare analizi yapılmıştır. Değişkenler arasında ilişkiyi karşılaştırmak için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Pearson korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değişir. Korelasyon katsayısı, her iki yönde 0'a yaklaşırken ilişkinin kuvveti azalır. Her iki yönde 1'e yaklaşırken ilişkinin kuvveti artar (Alpar 2014). İstatistik analizleri bilgisayar programında yapılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Görme Engelli Öğrencilerin Bireysel Özellikleri (n:134)

ÖZELLİKLER	Sayı(N)	Yüzde(%)
Gelişim Dönemi		
Çocukluk dönemi(5-9 yaş arası)	46	34,3
Ergenlik dönemi(10-16 yaş arası)	88	65,7
Cinsiyet		
Kız	54	40,3
Erkek	80	59,7
Okul		
İlkokul	58	43,3
Ortaokul	76	56,7
Kronik Hastalığı		
Evet*	30	22,4
Hayır	104	77,6
Sürekli İlaç Kullanımı		
Evet	37	27,6
Hayır	97	72,4
Obez Olma Durumu		
Obez Değil	102	76,1
Obez	32	23,9

*Bu kronik hastalıklar diyabet, hipertansiyon gibi obeziteyi etkileyebilecek hastalıklar değildir genellikle göz hastalıklarıdır.

Tablo 4.1 'de araştırmaya katılan görme engelli öğrencilerin bireysel özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 10.72 ± 2.53 olup; %65,7'si 10-16 yaş arasındadır. Araştırmaya katılan görme engelli öğrencilerin %59,7'si erkek, %56,7'si ortaokul öğrencisidir. Çalışmaya katılan görme engelli öğrencilerin %22,4'ünün herhangi bir kronik hastalığı varken %27,6'sı herhangi bir ilaç kullanmaktadır. Araştırmaya katılan görme engelli çocukların tanımladıkları hastalıklar hipertansiyon, diyabet gibi obeziteye sebep olabilecek hastalıklar değildir. Kullandıkları ilaçlar genellikle çocukların ismini bilmediği göz damlalarıdır.

Tablo 4.2. Görme Engelli Öğrencilerin Bazı Ailesel Özellikleri (n:134)

ÖZELLİKLER	Sayı(N)	Yüzde(%)
Annenin Yaşı		
25-34 yaş	46	34,3
35-40 yaş	58	43,3
41 yaş ve üstü	30	22,4
Annenin Eğitim Durumu		
İlkokul	89	66,4
Lise	36	26,9
Üniversite	9	6,7
Annenin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	22	16,4
Ev Hanımı	112	83,6
Babanın Yaşı		
30-35 yaş	30	22,4
36-44 yaş	72	53,7
45 yaş ve üstü	32	23,9
Babanın Eğitim Durumu		
İlkokul	61	45,5
Lise	50	37,3
Üniversite	23	17,2
Babanın Çalışma Durumu		
Çalışıyor	125	93,3
Emekli	9	6,7
Kardeş Sayısı		
Tek Çocuk	20	14,9
1 kardeşi olan	53	39,6
2 veya daha fazla kardeşi olan	61	45,5
Kaçıncı Çocuk		
Büyük çocuk	54	40,3
Ortanca	19	14,2
Küçük Çocuk	61	45,5
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	107	79,9
Geniş Aile	20	14,9
Parçalanmış Aile	7	5,2
Gelir Durumu		
Düşük	28	20,9
Orta	93	69,4
Yüksek	13	9,7
Annenin beden imajını algılaması		
Obez	36	26,9
Obez değil	98	73,1
Babanın beden imajını algılaması		
Obez	40	29,9
Obez Değil	94	70,1

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan görme engelli öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Görme engelli öğrencilerin babalarının %53,7’si 36-44 yaş arasında, %45,5’i ilkokul mezunu, %93,3’ çalışandır. Katılımcıların annelerinin %43,3’ 35-40 yaş arasında, %66,4’ ilkokul mezunu, %83,6’sı ev hanımıdır. Görme engelli öğrencilerin %14,9’u evin tek çocuğu, %45,5’i evin en küçük çocuğudur. Katılımcıların %69,4’ gelir durumunun orta olduğunu belirtmiştir. Çocuğun annenin beden imajını algılaması durumuna bakıldığında %26,9 ‘u obez olarak algılanmakta ve babanın beden imajını %29,9’u obez olarak algılamaktadır.

Tablo 4.3. Görme Engelli ğrencilerin Beslenme zellikleri (n:134)

ÖZELLİKLER	Sayı(N)	Yüzde(%)
Günlük ğn sayısı		
3 ğnden az beslenenler	10	7,5
3 ğn beslenenler	103	76,9
3 ğnden fazla beslenenler	21	15,7
Ayda fastfood alma sayısı		
Hiç tktmeyenler	36	26,9
Tktenler	98	73,1
ğn aralarında abur cubur yeme		
Evet	95	70,9
Hayır	39	29,1
Atlanan ğn durumu		
Evet	51	38,1
Hayır	83	61,9
Düzenli harlık alma durumu		
Evet	83	61,9
Hayır	51	38,1

Tablo 4.3’de araştırmaya katılan görme engelli öğrencilerin beslenme özellikleri verilmiştir. Görme engelli öğrencilerin %76,9’u 3 öğün beslenmekte, %73,1’i fastfood tktmekte ve %70,9’u öğün aralarında abur cubur yemekte, %38,1’i öğün atlamaktadır. Katılımcıların %61,9’u düzenli harlık almaktadır.

Tablo 4.4. Görme Engelli Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Özellikleri (n:134)

ÖZELLİKLER	Sayı(N)	Yüzde(%)
Günlük ekran başında geçirilen süre		
2 saat ve daha az	108	80,6
2 saatten fazla	26	19,4
Günlük uyku süresi		
9 saatten az	46	34,3
9 saat ve daha fazla	88	65,7
Günlük ders çalışma süresi		
90 dk ve altı	68	50,7
91 dk ve üstü	66	49,3
Günlük açık alanda oyun oynama süresi		
1 saatten az oynayanlar	63	47,0
1 saat ve daha fazla oynayanlar	71	53,0
Haftalık beden eğitimi dersi saati		
2	97	72,4
3	37	27,6
Spor kulübüne gitme durumu		
Hayır	94	70,1
Evet	40	29,9
Sporla İlgilenme durumu		
Hayır	80	59,7
Evet	54	40,3
Okul tercihi		
Gündüzlü	119	88,8
Yatılı	5	11,2
Okula geliş tercihi		
Yürüyerek	17	12,7
Vasıtayla	117	87,3

Tablo 4.4'te görme engelli öğrencilerin fiziksel aktivite özellikleri verilmiştir. Öğrencilerin %19,4'ünün günlük ekran başında geçirdikleri süre 2 saatten fazla, %34,3'ünün günlük uyku süreleri 9 saatten az, %47'sinin günlük açık alanda oyun oynama süreleri 1 saatten azdır. Öğrencilerin %59,7'si sporla ilgilenirken %29,9'u spor kulübüne gitmekte, %87,3'ü herhangi bir vasıta ile okula gelmektedir.

Tablo 4.5. Görme Engelli Öğrencilerin Kilo Dağılımları (n:134)

ÖZELLİKLER	Sayı(N)	Yüzde(%)
Zayıf		15,7
Normal Kiloda		50,0
Kilolu		10,4
Obez		23,9

Tablo 4.5'e göre araştırmaya katılan görme engelli öğrencilerin %15,7'si zayıftır. %50'si normal kilodadır. %10,4'ü kilolu iken %23,9'u obezdir.

Tablo 4.6. Öğrencilerin Bireysel Özelliklerine Göre Obezite Durumu

Özellikler	Obez Değil		Obez		X²	p
	N	%	N	%		
Yaş						
Çocukluk dönemi	34	73.9	12	26.1	,048	,826*
Ergenlik dönemi	68	77.3	20	22.7		
Cinsiyet						
Kadın	42	77.8	12	22.2	,027	,870*
Erkek	60	75.0	20	25.0		
Okul						
İlkokul	43	74.1	15	25.9	,070	,791*
Ortaokul	15	77.6	17	22.4		
Kronik Hastalığı						
Evet	24	80.0	6	20.0	,104	,747*
Hayır	78	75.0	26	25.0		
İlaç Kullanımı						
Evet	27	73.0	10	27.0	,091	,763*
Hayır	75	77.3	22	22.7		

*Yates Düzeltmeli Ki Kare

Tablo 4.6'da öğrencilerin bireysel özelliklerine göre obez olma durumu verilmiştir. Obezite çocukluk döneminde olanlarda (%26.1) daha fazla olmasına rağmen çocukların yaş grupları ile çocukların obez olma durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,826$). Cinsiyet grupları ile çocukların obez olma durumu arasında yapılan karşılaştırmada obez erkeklerin oranı (%25) daha fazla olduğu halde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,870$). Çocukların okul grupları ile çocukların obez olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,791$) ama ilkokul öğrencilerinde obez olma durumu (%25.9) daha fazladır.

Obezite kronik hastalığı olmayanlarda (%25), herhangi bir ilaç kullananlarda (%27) daha fazla görüldüğü, ancak yapılan testlerde istatistiksel olarak bu farkın anlamlı olmadığı görülmüştür (sırasıyla p=0,747 p=0,763).

Tablo 4.7. Öğrencilerin Bazı Ailesel Özelliklerine Göre Obezite Durumu

Özellikler	Obez Değil		Obez		X ²	p
	N	%	N	%		
Annenin Yaşı						
25-34 yaş	31	67.4	15	32.6	2,947	,229*
35-40 yaş	47	81.0	11	19.0		
41 yaş ve üstü	24	80.0	6	20.0		
Annenin Çalışma Durumu						
Çalışıyor	19	86.4	3	13.6	,920	,337**
Ev Hanımı	83	74.1	29	25.9		
Babanın Yaşı						
30-35 yaş	20	66.7	10	33.3	2,276	,320*
36-44 yaş	58	80.6	14	19.4		
45 yaş ve üstü	24	75.0	8	25.0		
Babanın Eğitim Durumu						
İlkokul	44	72.1	17	27.9	2,020	,364*
Lise	38	76.0	12	24.0		
Üniversite	20	87.0	3	13.0		
Kaçıncı Çocuk						
Büyük çocuk	42	77.8	12	22.2	,161	,923*
Ortanca	14	73.7	5	26.3		
Küçük Çocuk	46	75.4	15	24.6		
Gelir Durumu						
Düşük	19	67.9	9	32.1	1,654	,437*
Orta	72	77.4	21	22.6		
Yüksek	11	84.6	2	15.4		
Annenin Beden İmajını Algılaması						
Obez	23	63.9	13	36.1	3,183	,074**
Obez Değil	79	80.6	19	19.4		
Babanın Beden İmajını Algılaması						
Obez	12	70.0	28	30.0	1,175	,388**
Obez Değil	20	78.7	74	21.3		

*Çok Gözlü Pearson Ki Kare

**Yates Düzeltmeli Ki Kare

Tablo 4.7’de öğrencilerin bazı ailesel özelliklerine göre obez olma durumu verilmiştir. Obezite babası 30-35 yaş grubunda olanlarda (%33.3), babası ilkökul mezunu olanlarda (%27.9), annesi 25-34 yaş grubunda olanlarda (%32.6), annesi ev hanımı olanlarda (25,9) ve ailesinin gelir durumu düşük olanlarda (%32.1) daha fazla görülmektedir. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir ($p>0.05$) Kardeş sayısı ile çocukların obez olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,325$).

Obezite annesini (%36.1), ve babasını obez olarak algılayan çocuklarda (%30) daha fazla görülmesine rağmen yapılan testlerde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Öğrencinin Beslenme Özelliklerine Göre Obezite Durumu

Özellikler	Obez Değil		Obez		X ²	P
	N	%	N	%		
Günlük öğün sayısı						
3 öğünden az beslenenler	8	80	2	20	1,251	,535*
3 öğün beslenenler	80	77.7	23	22.3		
3 öğünden fazla beslenenler	14	66.7	7	33.3		
Öğün aralarında abur cubur yeme						
Evet	74	77.9	21	22.1	,280	,597**
Hayır	28	71.8	11	28.2		
Atlanan öğün durumu						
Evet	41	80.4	10	19.6	,491	,483**
Hayır	61	73.5	22	26.5		

*Çok Gözlü Pearson Ki Kare

**Yates Düzeltmeli Ki Kare

Tablo 4.8’de öğrencilerin beslenme özellikleri ile obez olma durumları verilmiştir. 3 öğünden fazla beslenen katılımcılarda (%33.3) ve öğün atlamayan çocuklarda (%26.5) obezite daha fazla görülmektedir. Ancak yapılan testlerde gruplar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Çocuğun öğün aralarında abur cubur yeme durumu ile çocukların obez olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,597$).

Tablo 4.9. Öğrencinin Fiziksel Aktivite Özelliklerine Göre Obezite Durumu

Özellikler	Obez Değil		Obez		X ²	p
	N	%	N	%		
Günlük ekran başında geçirilen süre						
2 saat ve daha az	82	75.9	26	24.1	,000	1,000*
2 saatten fazla	20	76.9	6	23.1		
Günlük uyku süresi						
9 saatten az	36	78.3	10	21.7	,043	,836*
9 saat ve daha fazla	66	75.0	22	25.0		
Günlük ders çalışma süresi						
90 dk ve altı	51	75.0	17	25.0	,011	,916*
91 dk ve üstü	51	77.3	15	22.7		
Günlük açık alanda oyun oynama süresi						
1 saatten az oynayanlar	46	73.0	17	27.0	,349	,555*
1 saat ve daha fazla oynayanlar	56	78.9	15	21.1		
Spor kulübüne gitme durumu						
Hayır	68	72.3	26	27.7	1,826	,177*
Evet	34	85.0	6	15.0		
İlgilenilen spor durumu						
Hayır	58	72.5	22	27.5	,979	,322*
Evet	44	81.5	10	18.5		

*Yates Düzeltmeli Ki Kare

Tablo 4.9’da öğrencilerin fiziksel aktivite özelliklerinin obez olma durumu verilmiştir. Çocuğun ekran başında geçirdiği süre ile çocukların obez olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=1,000$). Çocuğun günlük uyku süresi oranları birbirine yakın olduğundan uyku süresi ile çocukların obez olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,836$). Çocuğun ders çalışma süresi ile çocukların obez olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,916$). Çocuğun günlük açık alanda oynama süresi birbirine yakın olduğundan oyun oynama süresi ile çocukların obez olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,730$).

Çocuğun spor kulübüne gitmesi ile obez olması arasında anlamlı bir ilişki yoktur($p=0,177$). Çocuğun sporla ilgilenme durumu ile obez olması durumu arasında

anlamli bir iliski bulunamamistir. Spor kulubune gitmeyenlerde ve sporla ilgilenmeyenlerde obez olma oranı daha yuksek bulunmüstur. Bunun sebebi alınan enerjiden daha fazlasının spor yaparak yakmak olabilir.

Tablo 4.10. Çocuğun Aylık Fastfood Sayısı ile Çocuğun Obez Olma Durumu

Özellikler	N	Q(Q ₁ -Q ₃)*	MWU	t	p
Obez Olma Durumu					
Obez Değil	102	2(2-3)	1172,000	2,468	,014
Obez	32	2(2-3)			

*Nonparametrik Mann Whitney U-testi kullanıldığından çeyreklik değerleri (Q, Q₁, Q₃) verilmiştir.

Tablo 4.10'da çocuğun aylık fastfood sayısı ile çocuğun obez olma durumu karşılaştırılması verilmiştir. Çocuğun obez olma durumu ile çocuğun aylık tükettiği fastfood sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmüstur (p=0,014). Obez olan çocukların aylık tükettiği fastfood sayısı obez olmayan çocukların tükettiğinden daha fazladır.

Tablo 4.11. Çocuğun Özellikleri ile BKİ Percentil Değerlerinin Korelasyon Analizi

Özellikler	r	p
Çocuğun Yaşı	0,358	0,000
Babanın Yaşı	-0,021	0,811
Annenin Yaşı	-0,017	0,842
Kardeş Sayısı	-0,044	0,617
Babanın Eğitim Durumu	-0,095	0,274
Annenin Eğitim Durumu	-0,128	0,141
Ailenin Gelir Durumu	-0,149	0,086
Günlük Öğün Sayısı	0,170	0,050
Aylık Fastfood Sayısı	0,155	0,073
Ekran Başında Geçirilen Süre	0,147	0,090
Günlük Uyku Süresi	-0,068	0,437
Günlük Ders Çalışma Süresi	-0,110	0,205
Günlük Açık Alanda Oyun Oynama Süresi	-0,074	0,396

Tablo 4.11'de çocuğun özellikleri ile BKİ percentil değerlerinin korelasyon analizi verilmiştir. Çocuğun yaşı ile BKİ percentil değerleri arasında pozitif yönlü, zayıf (düşük) düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir iliski vardır (r=0,358;

p=0,000). Buna göre; çocuğun yaşı arttıkça BKİ percentil değerleri artmaktadır, çocuğun yaşı azaldıkça BKİ percentil değerleri azalmaktadır.

Babanın yaşı ile BKİ percentil değerleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=-0,021$; $p=0,811$). Annenin yaşı ile BKİ percentil değerleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=0,017$; $p=0,842$). Babanın eğitim durumu ile BKİ percentil değerleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=-0,095$; $p=0,274$). Annenin eğitim durumu ile BKİ percentil değerleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=-0,128$; $p=0,141$). Ailenin gelir durumu ile BKİ percentil değerleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=-0,149$; $p=0,086$).

Günlük öğün sayısı ile BKİ percentil değerleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=-0,170$; $p=0,050$). Aylık tüketilen fastfood sayısı ile BKİ percentil değerleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=-0,155$; $p=0,073$).

Günlük ekran başında geçirilen süre ile BKİ percentil değerleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=0,147$; $p=0,090$). Günlük uyku süresi ile BKİ percentil değerleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=-0,068$; $p=0,437$). Günlük ders çalışma süresi ile BKİ percentil değerleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=-0,110$; $p=0,205$). Günlük açık alanda oyun oynama süresi ile BKİ percentil değerleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($r=-0,074$; $p=0,396$).

5. TARTIŞMA

Obezite günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Küresel bir sorun haline gelen obezite insan sağlığını bozarak başka ciddi sağlık problemlerini beraberinde getirmektedir. Özellikle fiziksel aktiviteyi kısıtlayan bazı durumlar obeziteyi artırmaktadır. Görme engelli çocuklarda görsel alan yetersizliği nedeniyle hareket kısıtlılığı, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme ya da yanlış beslenme nedeni ile obezite olabilir. Bu araştırma görme engelli çocuklarda obezite ve fiziksel aktivite durumunu incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmamıza katılan görme engelli çocukların %23.9'u obezdir. Tartışma araştırma soruları doğrultusunda yapılmıştır.

Yetersiz görsel uyaranlar görme engelli bireylerin motor gelişiminde gecikmeye sebep olabileceği için açığa çıkardıkları hareketlerde yavaşlama meydana gelmekte ve bu durum fiziksel aktivitenin de azalmasına neden olmaktadır. Görme engelli çocuklarda obeziteyi ve obezitenin yol açacağı sağlık problemlerini engellemek ve sedanter olan yaşamı daha aktif hale getirmeye çalışmak için bu araştırmanın yardımcı olacağı düşünülmektedir.

5.1. Görme Engelli Çocuklarda Obezite Durumu

Çocukluk dönemi obezitesi 21. Yüzyılın en ciddi halk sağlığı problemlerinden biridir. Aşırı kilolu ve obez çocukların prevalansı 1990 yılında %5 iken 2012 yılında %7 olmuştur (World Health Statistics 2014). Afrika'da aşırı kilolu veya obez olan çocukların sayısı 1990 yılından bu yana yaklaşık iki katına çıkmıştır ve 5.4 milyondan 10.3 milyona yükselmiştir. (WHO 2016b). Türkiye'de obezite sıklığını göstermek için Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından yayınlanan TBSA 2010 ön çalışma verilerine göre 6-18 yaş arasında obezite sıklığı (erkeklerde %8.2, kızlarda %7.3) % 8.2 olarak bulunmuştur.

Çakmak ve arkadaşlarının 2013 yılında görme engelli çocuklarla yapmış oldukları çalışmada obezite oranının %21.1 olduğu görülmektedir. Açıl'ın (2012) görme engelli çocuklarda yapmış olduğu sağlık sorunları taramasında obezite oranının %17.6 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen verilere göre obezite bu çalışmalara kıyasla daha yüksektir. Araştırmamıza katılan görme engelli çocukların %23.9'u obezdir (Tablo 4.1). Bu sonuçların görme engelinin hareket kısıtlaması ve sedanter yaşamı artırması sebebiyle yüksek olabileceği düşünülmektedir. Literatür taraması yapılmış ve görme engelli öğrencilerde obezite ile ilgili çalışmaya ulaşılamamıştır. Sağlıklı çocuklarda yapılan çalışmalarla karşılaştırma yapıldığı zaman benzer sonuçlar olduğu görülmektedir (Wojcicki ve ark. 2012, Grydeland ve ark. 2013, Adam ve ark. 2014, Chari ve ark. 2014, Cruz ve ark. 2014, Köksal ve Karaçil 2014, Li ve ark. 2014, Rosaneri ve ark. 2014, Amjad ve ark. 2015).

5.2. Görme Engelli Çocuklarda Obezite ve Bireysel Özellikleri

Ülkemizde 2013 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre 5 yaş altı erkek çocuklarda fazla kiloluluk/şişmanlık kız çocuklara göre daha fazladır. 7-8 yaş arası çocuklarda yapılan araştırmada erkek çocuklarda obezite oranı %10, kız çocuklarda %6.6 olarak bulunmuştur (Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması 2013). Literatürde görme engelli çocuklarda cinsiyet ve obezite arasındaki ilişki ile ilgili çalışmaya ulaşılamamıştır. Sağlıklı çocuklarda cinsiyet ve obezite durumu ile ilgili çalışmalarla karşılaştırma yapılmıştır. Yapılan literatür taramalarında obezite bazı araştırmalarda kız çocuklarında fazla iken (Grydeland ve ark. 2013, Köksal ve Karaçil 2014, Mohammed and Vuvor 2012) bazı araştırmalarda erkek çocuklarında fazladır (Metinoğlu ve ark. 2011, Akçam ve ark. 2012, Battaloğlu İnanç ve ark. 2012, Baydemir 2012, Battaloğlu İnanç 2013, Çınar 2013, Huang ve ark. 2013, Adam ve ark. 2014, Navti ve ark. 2014, Rosaneri ve ark. 2014, Tütüncü 2014, Uzun 2014, Ekiz 2016). Bizim çalışmamızda obezite oranı erkek çocuklarda kız çocuklara göre daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.5). Çalışmamızda sorulan fastfood tüketimi sorusuna “evet” cevabı verenlerin erkek çocuklarda fazla olması bu oranı etkileyebilmektedir. Çünkü çalışmamızda fastfood tüketimi ile obezite arasındaki fark anlamlı bulunmaktadır (Tablo 4.9).

5.3. Görme Engelli Çocuklarda Obezite ve Bazı Ailesel Özellikleri

Anne ya da babada obezite olması çocukluk çağı obezitesinin prevalansının artmasına sebep olabilmektedir. Çünkü obeziteye çevresel etmenler sebep olabildiği gibi kalıtsal etmenler de sebep olabilmektedir. Çalışmamızda görme engelli öğrencilerde obezite ile anne ve babada obezite durumu arasında ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.6). Ancak annede ya da babada obezite arttıkça çocuklarda da obezite artmaktadır. Annesinde obezite olan çocukların %36.1'i ve babasında obezite olan çocukların %30'u obez olarak bulunmuştur (Tablo4.6). Yapılan literatür taramasında görme engelli çocuklarda obezite ve anne ya da babada obezite durumunu karşılaştıran çalışmalara ulaşılamamıştır. Onun için sağlıklı çocuklarla ilgili çalışmalar ile karşılaştırılmıştır. Sağlıklı çocuklarda yapılan çalışmalarda anne ve babada obezite olması durumu çocukluk çağı obezitesini etkilemektedir. Ebeveynde obezite var ise çocuklarda obezite oranı artmaktadır (Battaloğlu İnanç 2012, Ercan ve ark. 2012, Gezgin 2012, Metinoğlu ve ark. 2012, Çınar 2013, Chari ve ark. 2014, Gümüşsoy Ay 2014, Kılıçarslan Törüner ve ark. 2014, Uzun 2014, Özdemir 2015, Savaşhan ve ark. 2015, Altıncı ve ark. 2016).

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 20.9 'u ailelerinin düşük gelire sahip olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2). Düşük gelirli aileye sahip çocukların %32.1 'i obezdir (Tablo 4.6). Çalışmamızda obezite düşük gelirli aileye sahip çocuklarda diğer gruplarda daha fazla görülmektedir. Ilgaz ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada görme engelli çocuklardan aileleri düşük gelirli olanlarda obezitenin daha fazla olduğu görülmektedir. Günümüz standartlarında ucuz olan yüksek kalorili yiyeceklere ulaşmak kolay olmaktadır. Bu sebeple düşük geliri olan ailelerde obezite daha fazla görülebilmektedir. Yapılan literatür taramasında görme engelli öğrencilerde obezite ile ailelerinin sosyo-ekonomik durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara ulaşılamamıştır. Sağlıklı çocuklarda obezite ile ailelerinin sosyo-ekonomik durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında sosyo ekonomik durumu yüksek olan ailelerde obezite daha fazla görülmektedir (Mohammed ve Vuvor 2012, Navti ve ark. 2014). Cruz ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu araştırmada sosyo-ekonomik durum azaldıkça obezite oranı artmaktadır.

5.4. Görme Engelli Çocuklarda Obezite ve Çocuğun Beslenme Özellikleri

Araştırmaya katılan görme engelli öğrencilerden %73.1'i fastfood tüketmektedir. Fastfood tüketen çocukların %24.5'i obezdir ve fastfood tüketmeyen çocuklara göre obezite oranı daha fazladır. Çalışmamızda fastfood tüketimi ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4.9). Literatür taramasında görme engelli öğrencilerde obezite ve fastfood tüketimi ile ilgili çalışmalara ulaşılamamıştır.

Fastfood sistemi ile tüketilen besinlerin enerji ve bazı besin öğeleri yönünden dengeli olmaması uzun dönemde obezite gibi bazı sağlık problemlerine neden olabilmektedir. Fastfood ürünlerindeki en önemli sorun yüksek enerji içermeleridir. Fastfood türünden orta düzeyde yenen bir öğünün enerji içeriği, 400 kaloriden başlayıp 1500 kaloriye kadar yükselebilmesi ve enerjinin çoğu yağ ve şeker kaynaklı olması kilo alımına yol açabilmektedir (THSK 2017b). Sağlıklı çocuklarda obezite ve fastfood tüketimi ile ilgili yapılan literatür taramasına göre; fastfood tüketiminin artmasının obeziteyi artırdığı görülmektedir (Battaloğlu İnanç ve ark. 2012, Özilbey 2013, Gümüşsoy Ay 2014, Amjad ve ark. 2015, Savaşhan 2015, Altıncı ve ark. 2016).

5.5. Görme Engelli Çocuklarda Obezite ve Fiziksel Aktivite Durumu

Anketimizde fiziksel aktivite başlığı adı altında görme engelli öğrencilerin sedanter ve aktif olacakları durumlar ele alınmıştır. Günlük ekran başında geçirdikleri süre, uyku süreleri, ders çalışma süreleri gibi hareketsiz geçirdikleri zamanlar ve spor kulübüne gitme, açık alanda oyun oynama, okula ulaşım tercihi gibi aktif geçirdikleri zamanlar değerlendirilmiştir. Boş zamanlarımızı kolaylıkla dolduran ileri teknolojik araçların (cep telefonu, televizyon, bilgisayar, ev sineması vb.) kullanımının yaygınlaşması obezitenin artmasına neden olmaktadır. (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015). Araştırmamıza katılan görme engelli öğrencilerden 2 saatten daha fazla ekran başında zaman geçirenlerin oranı %19.4'tür (Tablo 4.4). 2 saatten fazla ekran başında bulunanların %23.1 'i obezdir (Tablo 4.8). Bunun sebebi

ekran başında oturarak vakit geçiren çocukların yaşamının daha fazla sedanter olması olabilir.

Çalışmamızda ekran başında 2 saat ve daha az vakit geçirenlerin oranı %24.1'dir. Ayrıca araştırmaya katılan görme engelli çocukların genellikle TV izlerken ve telefonda oyun oynarken hareket halinde oldukları yani yürüdükleri görülmektedir. Görme engelli öğrenciler ve ekran başında geçirilen süre ile ilgili çalışmalar bulunamamıştır. Ancak sağlıklı çocuklarda ekran başında geçirdikleri süre ve obezite arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar için literatür taraması yapıldığında ekran başında geçirdikleri sürenin artması obeziteyi önemli ölçüde etkilemektedir (Battaloğlu İnanç 2012, Ercan ve ark. 2012, Gezgin 2012, Metinoğlu 2012, Wojcicki 2012, Çınar 2013, Huang ve ark. 2013, Daştan 2014, Garmy ve ark. 2014, Yaslı ve ark. 2014, Amjad ve ark. 2015, Savaşhan 2015).

Yeterli uyku somatik büyümeyi, olgunlaşmayı, homeostatik ve hormonal sistemlerin düzenlenmesini etkiler. Uyku süresinin enerji metabolizmasının üzerinde kesin ve karmaşık bir etkisi vardır. Son on yılda yapılmış epidemiyolojik çalışmalara göre kısa uyku süresi ve obezite ile yağlanma arasında bir ilişki olduğu görülmüştür. Ancak bizim çalışmamızda tam tersine uyku süresi 9 saat ve daha fazla olan öğrencilerde obezite oranı daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.8). Bunun nedeni uyku süresi boyunca yavaşlayan metabolizma olabilir. Görme engelli öğrencilerde uyku süresi ile obezite arasında ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya ulaşamamıştır. Sağlıklı çocuklarda obezite ve uyku süresi arasındaki ilişkiye bakmak için literatür taraması yapılmıştır. Yaslı ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada 3. Sınıf öğrencilerinde uyku süresi arttıkça obezitenin arttığı görülmektedir. Ulutaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre 6-18 yaş arası çocuklarda uyku süresinin kısa olmasının obeziteyi arttırmakta olduğu görülmektedir.

İlgaz ve arkadaşlarının görme engelli çocuklarda yapmış oldukları çalışmada görme engellilerin %8.5'i spor kulübüne gitmektedir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin %29.9'u spor kulübüne gitmektedir. Spor kulübüne giden görme engelli öğrencilerden %15'i obeziteye girmeyen öğrencilerin %27.7 'si

obezdir (Tablo 4.8). Spor kulübü olarak genellikle okulda beden eğitimi dersi öğretmenlerinin kurmuş olduğu goalball takımına katılmışlardır ve hafta içi üç gün ders çıkışlarında goalball antrenmanlarına katılmaktadırlar. Görme engelli öğrencilerde spor kulübüne katılma ve obezite durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara ulaşamamıştır. Sağlıklı çocuklarda spor kulübüne gitme ve obezite durumu arasındaki ilişkiye bakmak için literatür taraması yapılmıştır. Çınar'ın (2013) yapmış olduğu çalışma da spor kulübüne gidenlerde obezite %26, gitmeyenlerde %74 olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda görme engelli öğrencilerin %53'ü açık alanda 1 saat ve daha fazla oyun oynamaktadırlar. Günlük açık alanda 1 saat ve daha fazla oyun oynayan çocukların %21.1'i obez iken 1 saatten daha az oyun oynayanlarda %27'si obezdir (Tablo 4.8). Açık alanda oyun oynayan çocukların görme engelini olmasının aktif olmalarını kısıtlasa da açık alanda oyun oynama obeziteyi etkileyebilmektedir.

5.6. Görme Engelli Çocuklarda Obezite ve Yaş

Araştırmamızda görme engelli çocukların yaşı ve BKİ persentil değerleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan görme engelli çocuklarda yaş arttıkça obezite artmaktadır (Tablo 4.13). Küçük yaşlardaki çocukların beslenmelerini aileler ve öğretmenler sağlıklı bir şekilde planlayabilirken yaş arttıkça çocukların dışarıdan beslenmesi kantin harcamaları artabilmektedir. bu da yaş arttıkça obezitenin artmasına sebep olabilmektedir. Çocukların yaşları ile kilo ve boyları arasında bir paralellik bulunmaktadır. Kilo ve boy arttıkça beden kütle indeksleri de artabilmektedir. Yapılan literatür taramasında görme engelli çocuklarda yaş ve obezite karşılaştırması ile ilgili çalışmaya ulaşamamıştır. Sağlıklı çocuklarda yaş ve obezite ilişkisi ile ilgili literatür taraması yapıldığında yaş arttıkça obezite artabilmektedir (Akçam ve ark. 2012, Li ve ark. 2014) Daştan ve arkadaşlarının (2014) 7-18 yaş arası çocuklarda yapmış oldukları çalışmada kızlarda 9-13 yaş grubu, erkeklerde 9-11 yaş grubunda obezite oranının diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Araştırmaya katılan görme engelli öğrencilerin %15,7'si zayıftır. %50'si normal kilodadır. %10,4'ü kilolu iken %23,9'u obezdir.

2. Araştırmaya katılan görme engelli çocukların yaş ortalaması 10.72 ± 2.53 'dir. Görme engelli öğrencilerin yaşları ile obezite durumları arasındaki ilişki incelendiğinde yaş ile obezite arasında pozitif bir ilişki görülmektedir ($p < 0,001$). Yapılan çalışmaya göre yaş arttıkça obezite de artmaktadır.

3. Araştırmaya katılan öğrencilerin %43,3'ü kız %56,7'si erkektir. Kız öğrencilerin %22,2'si obez iken erkek öğrencilerin %25'i obezdir. Cinsiyet grupları ile çocukların obez olma durumu arasında yapılan karşılaştırmada obez erkeklerin oranı daha fazla olduğu halde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p = 0,870$).

4. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 16,4'ünün annesi herhangi bir işte çalışıyor ve %83,6'sının annesi ev hanımıdır. Annesi çalışan katılımcıların %13,6'sı obezdir. Annesi ev hanımı olan katılımcıların %25,9'u obezdir. Annenin çalışma durumu ile obezite olma durumu arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p = 0,337$).

5. Araştırmaya katılan öğrencilerin %20,9'u ailelerinin gelir durumu düşük, %69,4'ü ailelerinin gelir durumu orta, %9,7'si ailelerinin gelir durumu yüksektir. Düşük gelirli aileye sahip çocukların %32,1 'i obezdir. Orta gelirli aileye sahip çocukların %22,6'sı obezdir. Yüksek gelirli aileye sahip çocukların %15,4'ü obezdir. Çalışmamızda obezite düşük gelirli aileye sahip çocuklarda diğer gruplarda daha fazla görülmektedir. Ancak yapılan karşılaştırmada ailenin gelir durumu ile obezite arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p = 0,437$).

6. Araştırmaya katılan görme engelli öğrencilerin %70,9'u öğün aralarında abur cubur yemektedir. Öğün aralarında abur cubur yiyen çocukların %22,1'i obezdir.

7. Araştırmaya katılan görme engelli öğrencilerin aylık fastfood sayısı ile çocuğun obez olma durumu karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0,014$). Obez olan çocukların aylık tükettiği fastfood sayısı obez olmayan çocukların aylık tükettiği fastfood sayısından fazladır.

8. Araştırmaya katılan öğrencilerin %80,6'sı günlük 2 saat ve daha az, %19,4'ü 2 saatten fazla süreyi ekran başında geçirmektedir. Ergenlik döneminde ekran başında zaman geçirenlerin oranı çocukluk döneminde ekran başında zaman geçirenlerin oranından daha fazladır. %42,3'ü ekran başında 2 saatten fazla zaman geçiren erkek öğrencilerin oranı kız öğrencilerin oranından neredeyse iki kat daha fazladır. Ekran başında 2 saat veya daha az vakit geçiren katılımcılarda obezite %24,1'dir. 2 saatten fazla vakit geçiren öğrencilerin %23,1'i obezdir. Ekran başında daha fazla zaman geçirenlerin daha fazla hareketsiz oldukları için kilo alma eğilimlerinin fazla olması gerekir. Ancak araştırmaya katılanlar görme engelli öğrencilerdir ve 2 saatten fazla ekran başında zaman geçiren öğrencilerin sayısı azdır. Görme engelli öğrencilerde günlük ekran başında geçirilen süre ile obezite durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

9. Araştırmaya katılan öğrencilerin %65,7'si 9 saat ya da daha fazla süre uyumaktadır. Günlük uyku süresi 9 saat ya da daha fazla olanlarda obez olma oranı 9 saatten az uyuyanlardan daha fazladır. Ancak buna rağmen katılımcıların günlük uyku süresi ile obez olma durumları arasında yapılan karşılaştırmada herhangi bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

10. Öğrencilerin %47'si günlük 1 saatten az açık alanda oyun oynamaktayken %53'ü günlük 1 saat ve daha fazla açık alanda oyun oynamaktadır. Ancak çocukların görme engelli olması açık alanda geçirdikleri zamanda ortamın onları kısıtlaması sebebiyle çok hareketli oldukları söylenemez. Bu sebeple günlük açık alanda oyun oynama süresi ile obezite arasında herhangi bir ilişki bulunamadığı düşünülmektedir. Ancak obezite açık alanda 1 saatten az oyun oynayanlarda daha fazla görülmektedir.

11. Katılımcıların %72,4'ü haftalık 2 saat beden eğitimi dersi alırken %27,6'sı haftalık 3 saat beden eğitimi dersi almaktadır. Araştırmaya katılan

kurumlardan biri 3. sınıfa kadar seçmeli dersi beden eğitimi dersi olarak belirleyerek öğrencilerinin 3 saat beden eğitimi dersi almasını sağlamıştır.

12. Araştırmaya katılan görme engelli öğrencilerin obez olma durumları ile spor kulübüne gitmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p>0,05$). Spor kulübüne gitmeyenlerin %27,7'si ve spor kulübüne gidenlerin %15'i obezdir. Bu oranlara göre spor kulübüne gitmeyenlerin obez olma durumları daha fazladır.

6.2. Öneriler

Hemşirelere ve öğretmenlere;

- Görme engelli çocuklarda obezitenin önemi hakkında öğretmenlere, okuldaki sağlık görevlilerine, ailelerine ve çocukların kendine bilgi verilmeli ve sağlıklı nesiller yetiştirebilmek için obezitenin sebep olduğu sağlık sorunları anlatılmalıdır.

- Görme engelli öğrencilerde fastfood tüketenlerde obezite oranı daha fazla bulunmuştur. Öğrenciler ve veliler sağlıksız beslenme, fastfood, zararlı besinler gibi konularda bilgilendirilmelidir.

- Görme engelli çocuklarda spor kulübüne gidenlerde obezite diğer çocuklara göre daha az orandadır. Bu nedenle veliler ve öğrenciler spor hakkında bilgilendirilmesi ve öğrenciler çeşitli spor kulüplerine yönlendirilmelidir.

- Çalışmamızda annede ve babada obezite olması çocuğun obez olma ihtimalini ve fastfood tüketimini artırdığı görülmektedir. Ailelere bu durum hakkında bilgi verilmelidir.

- Öğrencilerin açık alanda oyun oynama sürelerinin artması obezite oranını azaltmamaktadır. Çocukların açık alanda oyun oynama sürelerinin artırılması hakkında ailelere, okul yönetimine ve öğretmenlere bilgi verilmelidir.

Araştırmacılara;

- Annesi ev hanımı olan katılımcılarda annesi çalışanlara göre daha fazla obezite görülmektedir. Ev hanımı olan anneye sahip çocukların beslenme

durumu ile çalışan anneye sahip çocukların beslenme durumunu inceleyecek çalışmalara yer verilebilir.

- Örneklem sayısını artırarak görme engelli öğrencilerde obezite, beslenme, fiziksel aktivite ile ilgili bireylerin bilgi ve farkındalıklarını artıracak çalışmalar yapılmalıdır.

- Çalışmamız sadece görme engeli bulunan öğrencilerde yapılması sebebiyle görme engelini yanı sıra başka bir engeli bulunan öğrenciler çalışmaya alınamamıştır. Başka bir engeli daha bulunan görme engelli öğrencilerde obezite ve fiziksel aktivite daha sonra yapılacak bir çalışmaya konu olabilir.

- Görme engelli çocukların günlük harcadıkları enerji miktarı hesaplanıp, almaları gereken kalori miktarı ayarlanabilir. MEB'e bu durum iletilerek görme engelli öğrencilerin yemek menüleri, almaları gereken kalori miktarına göre düzenlenebilir.

7. KAYNAKLAR

- Adam B N, Topgül O H, Gökçe G, Ay Ç, Salmış J, Yağan E A, Çelebiler A. İzmir İli Örneğinde Konak İlçesine Bağlı Bir Okulda 16-19 Yaş Arası Obezite Sıklık Araştırması. İzmir Üniversitesi Tıp Dergisi 2014; 2: 17-21.
- Akçam M, Boyacı A, Pirgon Ö, Dünder B. Isparta İlindeki On Okulda Çocukluk Çağı Şişmanlık Sıklığı Değişiminin Değerlendirilmesi. Türk Ped. Arş. 2013; 152-5.
- Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinde Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. Detay Yayıncılık, 2014, 3. Baskı, Ankara, Türkiye, S:356.
- Altıncı E E, Keskin B, Türksoy A, Güvendi B, Doğan G. İstanbul İli Bayrampaşa Uluğbey İlköğretim Okulu 7 ve 8. Sınıf Öğrencilerinde Beslenme Davranışları ve Spor Aktivite Durumlarının İncelenmesi. İÜ Spor Bilimleri Dergisi. 2016; 6(4): 17-27.
- Amjad M, Zafar M I, Maan A A, Ali S. Obesity is a Threat to Our School Going Children. Pakistan Journal of Nutrition 2015; 14 (2): 118-125.
- Arğun Açıl D. Görme Engelliler Okulunda Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlık Sorunlarının Tarama İle Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Sultan Ayaz).
- Atamtürk D. Alt Sosyoekonomik Düzeyde Yer Alan Çocuklarda Aşırı Kiloluğun ve Obezitenin Yaygınlığı. Gaziantep Tıp Derg. 2009; 15(2): 10-4.
- Battaloğlu İnanç B, Say Şahin D, Oğuzöncül A F, Bindak R, Mungan F. Prevalence Of Obesity İn Elementary Schools İn Mardin, South-Eastern of Turkey: A Preliminary Study. Balkan Med J. 2012; 29(4): 424-30.
- Battaloğlu İnanç B. 7-15 Years Of Age Group Children' Hypertension and Obesity. Journal of Clinical and Analytical Medicine 2013;4(2):116-9.
- Baydemir B. İlköğretim 2. Kademe Çocuklarında Fiziksel Aktivite Düzeyi, Kendini Fiziksel Tanımlama Ve Benlik Saygısı. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale, 2012 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Özden Yurdakul).
- Baykoç Dönmez N, Sümer A, Uyaroğlu B. Görme Engelli Çocuklar ve Eğitimleri. Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitim içinde. Editör: Baykoç Dönmez N. Eğitim Kitap, 2014, 2. Baskı, Ankara, Türkiye, s:217-38.

Bek N. Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız (T. C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730), 2008. T. C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiveler Daire Başkanlığı, Ankara, Türkiye.

Beyaz F B, Koç A. Antalya’da Obezite Yaygınlığı ve Düzeyini Etkileyen Sosyo-ekonomik Değişkenler. Akdeniz İ. İ. B. F. Derg. 2011; 21: 17-45.

Birleşmiş Milletler (BM). Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme, 2007. Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015, www.un.org/disabilities/documents/natl/turkey.doc .

Can N. Çorlu Merkezdeki İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı, Risk Faktörleri ve Benlik Saygısı. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2011 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. İlknur Dindar).

[Centers for Disease Control and Prevention](http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2000.htm) (CDC). Healthy People 2000, 2009. Erişim Tarihi:6 Ekim 2015, http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2000.htm .

[Centers for Disease Control and Prevention](http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010.htm) (CDC). Healthy People 2010, 2011b. Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015, http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010.htm .

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Healthy People 2020, 2011a. Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015, http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2020.htm .

[Centers for Disease Control and Prevention](https://www.cdc.gov/nchs/data/icd/ICFOverview_FINALforWHO10Sept.pdf) (CDC). The ICF: An Overview. Erişim Tarihi: 22 Ekim 2015, https://www.cdc.gov/nchs/data/icd/ICFOverview_FINALforWHO10Sept.pdf .

Chari R, Warsh J, Ketterer T, Hossain J, Sharif I. Association Between Health Literacy And Child And Adolescent Obesity. Patient Education and Counseling 2014;66: 61-6.

Cruz J, Ruiter I, Moleon J. Individual, Family And Environmental Factors Associated With Pediatric Excess Weight İn Spain: A Cross-Sectional Study. BMC PEDIATRICS. 2014; 14(3): 1-8.

Çakmak A, Çelik F, Özcebe H. Ankara’da Görme Engelliler Okulunda Öğrenim Gören Çocuklarda Beslenme Durumu Ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin Beden Kitle İndeksi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (UHSK), 2013: 600.

Çelik F, Çakmak A, Özcebe H. Görme Engelli Çocuklarda Beslenme Durumu, Fiziksel Aktivite Ve Diyet Kalitesinin Değerlendirilmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (UHSK), 2013: 579

Çınar S. Farklı Sosyoekonomik Düzeylerdeki 7-14 Yaş Grubundaki Çocuklarda Obezitenin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu).

Daştan İ, Çetinkaya V, Delice M E. İzmir İlinde 7-18 Yaş Arası Öğrencilerde Obezite ve Fazla Kilo Prevalansı. Bakırköy Tıp Derg. 2014; 10: 139-46.

Deickmann JL. Clients with Disabilities and Chronic Illnesses. In: Community & Public Health Nursing Promoting The Public's Health. Eds: Allender JA, Rector C, Warner KD. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins, 2014, 8th Edition, USA, p: 845-69.

Devlet İstatistikleri Enstitüsü (DİE). Türkiye’de Özürlüler Araştırması 2002 (Yayın No: 2913), 2009, Ankara, Türkiye.

Dokuzcan D A, Kaplan Ş, Ataman G, Deveci E, Duru P, Gebeş E, Üstün Z, Çalışkan D, İdil A. Az Görenlerin Rehabilitasyonunda Hemşirenin Rolü. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (UHSK), 2011: 207-10, Trabzon, Türkiye.

Durduran Y, Bodur S. Engellilerin Engellilikleri Dışındaki Sağlık Sorunları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Selçuk Tıp Derg. 2009; 25 (2): 69-77.

Ekiz E. Çocukluk Çağı Obezitesi İle Ağız Diş Sağlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Pedodonti Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2016 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mesut Enes Odabaş).

Ercan S, Dallar Y B, Önen S, Engiz Ö. Prevalence of Obesity and Associated Risk Factors Among Adolescents in Ankara, Turkey. J Clin Res Pediatr Endocrinol 2012;4(4):204-7

Ergül Ş, Kalkım A. Önemli Bir Kronik Hastalık: Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite. TAF Prev Med Bull. 2011; 10 (2): 223-30.

Esatbeyoğlu F, Güven Karahan B. Engelli Bireylerin Fiziksel Aktiviteye Katılımlarının Önündeki Engeller. Hacettepe J. of Sport Sciences. 2014; 25 (2): 43-55.

Esin N. Örneklem. Hemşirelikte Araştırma İçinde. Editörler: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Nobel Tıp Kitapevleri, 2014, İstanbul, Türkiye, s:173.

Garmy P, Clausson E K, Nyberg P. Overweight And Television And Computer Habits İn Swedish School-Age Children And Adolescents: A Cross-Sectional Study. Nursing and Health Sciences 2014; 16: 143-8.

Genç Kayıran P, Taymaz T, Kayıran S M, Memioğlu N, Taymaz B, Gürakan B. Türkiye'nin Üç Farklı Bölgesinde İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Kilo Fazlalığı, Obezite Ve Boy Kısaldığı Sıklığı. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2011;45(1):13-18.

Gezgin T. Edirne İli İlköğretim Okul ve Liseleri 6-18 Yaş Grubu Öğrencilerinde Şişmanlık Sıklığının Araştırılması. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2012 (Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Filiz Tütüncüler).

Grydeland M, Bjelland M, Anderssen S, Klepp K, Bergh I, Andersen L, Ommundsen Y, Lien N. Effects Of A 20-Month Cluster Randomised Controlled School-Based Intervention Trial On BMI Of School-Aged Boys And Girls: The HEIA Study. Br J Sports Med 2014;48:768-773.

Gümüşsoy Ay E. Erzurum İl Merkezi Okul Çağı Çocuklarda Obezite Prevalansı ve Beslenme Alışkanlıkları İle İlişkisi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum, 2014 (Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Cahit Karakelleoğlu).

Healthy People 2020. Disability and Health, 2014. Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015, <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/disability-and-health#four> .

Huang H, Chien L, Yeh T, Lee P, Chang P. Relationship Between Media Viewing and Obesity in School-Aged Children in Taipei, Taiwan. The Journal of Nursing Research 2013; 21(3):195-203.

İlgaz F, Aksan A, Özcebe H. Görme Engelli Çocuklarda Beslenme Durumu, Fiziksel Aktivite ve Diyet Kalitesinin Değerlendirilmesi. Journal of Food and Health Science 2016; 2(2): 90-103.

İnan S, Ceyhan Peker G, Tekiner S, Ak F, Dağlı Z. Engellilik, Türkiye’de Engellilerin Durumu ve Sağlık Hizmet Sunumuna Bir Bakış. TAF Prev Med Bull. 2013; 12 (6): 723-8.

İskender M, Tura G, Akgül Ö, Turtulla S. Orta Okul Öğrencilerinde Aile Ortamı, Yeme Tutumu Ve Obezite Durumları Arasındaki İlişki. International Journal of Human Sciences. 2014; 11(2): 10-26.

Kayar H, Utku S. Çağımızın Hastalığı Obezite ve Tedavisi. Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg. 2013; 6 (2): 1-8.

Khalifa S G, Shaker R H M, Yosef D O. Obesity Among Primary School Children: Associated Social, Dietary And Behavioral Factors, Kafr Sakr District, Sharkia Governorate Egypt, 2012/2013. The Egyptian Journal of Community Medicine. 2014; (32): 67-88.

Kılıçarslan Törüner E, Savaşer S. Çocukluk Çağı Şişmanlığı: Epidemiyolojide Sorun. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg. 2010; 12(3): 63-73.

Kızar O. Farklı Branşlardaki Görme Engelli Sporcuların Yalnızlık Düzeylerinin Karşılaştırılması. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, 2012 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Ercan Gür).

Koca C. Engelsiz Şehir Planlaması Bilgilendirme Raporu, 2010. Dünya Engelliler Vakfı, İstanbul, Türkiye. Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015, <http://www.devturkiye.org/upload/files/engellilericintasarim.pdf> .

Köksal E, Karaçil M. Okul Çağı Çocuklarında Şeker Tüketiminin Beden Kütle İndeksine Etkisinin Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Derg. 2014; 19(3): 151-5.

Köksal G, Gökmen Özel H. Çocukluk ve Ergenlik Dönemde Obezite (T. C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729), 2008. T. C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiveler Daire Başkanlığı, Ankara, Türkiye.

Lee S T, Wong J E, Shanita S N, Ismail M N, Deurenberg P, Poh B K. Daily Physical Activity and Screen Time, but Not Other Sedentary Activities, Are Associated with Measures of Obesity during Childhood. Int. J. Environ. Res. Public Health 2015; 12: 146-61.

Li X, Lin S, Guo H, Huang Y, Wu L, Zhang Z, Ma J, Wang H. Effectiveness Of A School-Based Physical Activity Intervention On Obesity In School Children: A Nonrandomized Controlled Trial. BMC Public Health 2014; 14:1282.

Marcus C, Nyberg G, Nordenfelt A, Karpmyr M, Kowalski J, Ekelund U. A 4-year, cluster-randomized, controlled childhood obesity prevention study: STOPP. International Journal of Obesity. 2009; 33: 408-17.

Metinoğlu İ, Pekol S, Metinoğlu Y. Kastamonu'da 10-12 Yaş Grubu Öğrencilerde Obezite Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg. 2012; 3 (2): 117-23.

Meydanlıoğlu A. Çocuklarda Fiziksel Aktivitenin Biyopsikososyal Yararları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2015;7(2):125-35.

Mohammed H, Vuvor F. Prevalence Of Childhood Overweight/ Obesity In Basic School In Accra. Ghana Medical Journal. 2012; 46(3): 124-7.

Navti L K, Ferrari U, Tange E, Pozza S, Parhofer K G. Contribution Of Socioeconomic Status, Stature And Birth Weight To Obesity In Sub-Saharan Africa: Cross-Sectional Data From Primary School-Age Children In Cameroon. BMC Public Health. 2014; 14(320): 1-8.

Organisation For Economic Co-operation and Development. Health-Statistics,2015. <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>.

Önder Ö Z. Okul Öncesi 3-6 Yaş Arası Çocuklarda Obezitenin Antropometrik Verilerle İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antropoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Timur Gültekin).

Önsüz M F, Zengin Z, Özkan M, Şahin H, Gedikoğlu S. Sakarya'da Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Obezite Ve Hipertansiyonun Değerlendirilmesi. Sakarya MEDical Journal 2011(3):86-92.

Özdemir H. Annelerin Beslenme İle İlgili Tercihleri, Alışkanlıkları ve Çocukluk Çağı Obezitesi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2015 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ayşe Palanduz).

Özilibey P. İlköğretim 1. Kademe Öğrencilerinden Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2013 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gül Ergör).

Öztürk A, Aktürk S. İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Prevalansı ve İlişkili Risk Faktörleri. TAF Prev Med Bull. 2011; 10 (1): 53-60.

Öztürk M. Engellilik Tarihi. Türkiye’de Engelli Gerçeği İçinde. Editör Serenli A. Müsiad Cep Kitapları: 30, 2011, İstanbul, Türkiye. Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015, http://www.musiad.org.tr/F/Root/burcu2014/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20Yay%C4%B1n/Pdf/Cep%20Kitaplar%C4%B1/Turkiye%E2%80%99de_Engelli_Gercegi.pdf .

Rosaneri C, Baena C, Auler F, Nakashima A, Oliveira E, Oliveira A, Souza L, Olandoski M, Neto J. Elevated Blood Pressure and Obesity in Childhood: A Cross-Sectional Evaluation of 4,609 Schoolchildren. Arq Bras Cardiol. 2014; 103(3):238-44.

Sarı E, Yıldız F M, İnalhan M, Sarı İ, Sezer R G. Fazla Kilolu Ve Obez Çocuklarda İnsülin Direnci Ve Metabolik Sendrom Prevalansı. Zeynep Kamil Tıp Bült. 2012; 43(3): 114-9.

Sarı H Y. Zihinsel Yetersiz Bireylerin Sağlık Sorunları. TAF Prev Med Bull. 2010; 9 (2): 145-50.

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

T. C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu. Denetleme Raporu (Sayı:2009/5), 2009. Erişim Tarihi: 5 Ekim 2015, <https://www.tccb.gov.tr/assets/dosya/ddk30.pdf> .

T. C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). Görme Engellinin Tanımı, 2014. Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015, http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/34/22/746763/dosyalar/2014_01/28100120_grmeengellnntan%C4%B1m%C4%B1tehsves%C4%B1kl%C4%B1%C4%B1.doc .

T. C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). Milli Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim 1. Dönem 2016-2017, 2017, Ankara, Türkiye.

T. C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) Özel Eğitim Kurumları Genel Müdürlüğü. Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi Görme Engelli Bireyler Destek Eğitim Programı, 2008, Ankara, Türkiye.

T. C. Resmi Gazete, 7 Temmuz 2005, Sayı: 25868.

- T. C. Sağlık Bakanlığı, Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü. Bedensel Engellilerde Fiziksel Aktivite, 2016. Erişim Tarihi 27 Mayıs 2017, <http://www.mersinsaglik.gov.tr/haberayrinti.aspx?HaberID=b521de4b-34a9-4d64-a4a2-0050f2a9e852&HaberSiraNo=5855&konu=ASANS%C3%96R%20KULLANMA%20!%20!%20!%20!%20%20SA%C4%9ELIKLI%20,%20D%C4%B0NAM%C4%B0K%20VE%20%C3%87OK%20YA%C5%9EA.> .
- T. C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu (Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931), 2014, Ankara, Türkiye.
- T. C. Sağlık Bakanlığı, Türk Halk Sağlığı Kurumu, Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR) 2013 (T. C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 921), 2014, Ankara, Türkiye.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (SB). Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi (Yayın No: 940), 2014, Ankara, Türkiye. Tam A, Çakır B. Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. Ankara Medical Journal. 2012; 12 (1): 37-41.
- Tam A A, Çakır B. Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. Ankara Medical Journal 2012; 12(1):37-41.
- Terzi G. 1-18 Yaşlar Arası Aktif Spor Yapan ve Yapmayan Görme Engelli Öğrencilerin Kendini Kabul Düzeylerinin Karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Sibel Suveren).
- Tuncer T. Görme Yetersizliği Olan Çocuklar. Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitime Giriş içinde. Editör: Ataman A. Gündüz Eğitim ve Yayıncılık, 2009, 7. Baskı, Ankara, Türkiye, s:215-29.
- Turgut A. Erzurum'da Yaşayan 6-15 Yaş Grubu Okul Çocuklarında Obezite Prevalansı ve Risk Faktörleri. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum, 2008 (Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Zerrin Orbak).
- Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2. Baskı, 2015, Ankara, Türkiye.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Aile Hekimliği. Çocuklarda ve Ergenlerde Obezite ve Komplikasyonları, 2015d. Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015, <http://ailehekimligi.gov.tr/salk-ve-bakm/276-cocuklarda-ve-ergenlerde-obezite-ve-komplikasyonlar.html> .
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Aile Hekimliği. Fiziksel Aktivite, 2017a. Erişim Tarihi: 27 Mayıs 2017, <http://ailehekimligi.gov.tr/salk-ve-bakm/265-fiziksel-aktivite.html> .

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Engellilerde Fiziksel Aktivite, 2015b. Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015, <http://fizikselaktivite.gov.tr/tr/engellilerde-fiziksel-aktivite/genel-bilgiler/> .

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Fast Food Beslenme, 2017b. Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2017, <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=89> .

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Görme Engellilerde Fiziksel Aktivite, 2015c. Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015, <http://fizikselaktivite.gov.tr/tr/engellilerde-fiziksel-aktivite/gorme-engellilerde-fiziksel-aktivite/>

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Obezite Nedir, 2015a. Erişim Tarihi 6 Ekim 2015, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=38> .

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Nüfus ve Konut Araştırması (NKA), 2011.

Tütüncü İ. Kastamonu İl Merkezinde 13 İlköğretim Okulunda 5-15 Yaş Grubu Öğrencilerde Fazla Kiloluluk ve Obezite Prevalansı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg. 2014; 5 (2): 141-51.

Ulutaş A P, Atla P, Say Z A, Sarı E. Okul Çağındaki 6-18 Yaş Arası Obez Çocuklarda Obezite Oluşumunu Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Zeynep Kamil Tıp Bült. 2014;45:192-96.

United Nations (UN). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015, <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> .

Uzun N. Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Algılanan Ebeveyn Kontrolü ve Depresyon İle Obezitenin İlişkisi: Obezite İçin Koruyucu Risk Faktörleri. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2014 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Çiğdem Dereboy).

Vançelik S, Çankaya C H, Serttaş M, Tunçel K, Arıkan D, Küçüköğlü S, Tüfekçi F, Özkan H, Aydın M, Baran G. Erzurum İli, 7-11 Yaş Okul Çocuklarında Obezitenin Önlenmesine Yönelik Yapılan Girişimlerin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2013;22(2):70-7.

Veghari G. Ethnic Differences in Body Mass Index, Weight and Height Among School Children in the North of Iran. The Eurasian Journal Of Medicine. 2012; 44: 22-7.

Wojcicki J M, Cruz A, Gascon M, Schwartz N, Heyman M B. Bimodal Distribution Of Risk For Childhood Obesity In Urban Baja California, Mexico. The New York Academy of Medicine 2012;89(4): 628-38.

World Health Organization (WHO). 10 Facts On About Blindness And Visual Impairment, 2014c. Erişim Tarihi: 5 Ekim 2015, http://www.who.int/features/factfiles/blindness/blindness_facts/en/ .

- World Health Organization (WHO). 10 Facts On Disability, 2013c. Erişim Tarihi: 5 Ekim 2015, <http://www.who.int/features/factfiles/disability/facts/en/index1.html> .
- World Health Organization (WHO). 10 Facts On Obesity, 2017a. Erişim Tarihi: 3 Haziran 2017, <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/> .
- World Health Organization (WHO). Obesity and Overweight, 2016a. Erişim Tarihi: 4 Haziran 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> .
- World Health Organization (WHO). 10 Facts On Physical Activity, 2017c. Erişim Tarihi: 2 Haziran 2017, http://www.who.int/features/factfiles/physical_activity/en/ .
- World Health Organization (WHO). Deafness and Hearing Loss, 2017b. Erişim Tarihi: 4 Haziran 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/> .
- World Health Organization (WHO). Disability. Draft WHO Global Disability Action Plan 2014–2021: Better Health For All People With Disability. Report by the Secretariat, 2014b.
- World Health Organization (WHO). How To Use The ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment, 2013b, Geneva: WHO
- World Health Organization (WHO). Obesity, 2015b. Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015, <http://www.who.int/topics/obesity/en/> .
- World Health Organization (WHO). Physical Activity, 2015a. Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015, http://www.who.int/topics/physical_activity/en/ .
- World Health Organization (WHO). Report Of The Commission Ending Childhood Obesity, 2016c, Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). The Challenge Of Obesity In The WHO European Region and Strategies For Response. Summary. 2007, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organization (WHO). Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF, 2002, Geneva: WHO
- World Health Organization (WHO), The World Bank. World Report On Disability, 2011, Malta: WHO.
- World Health Organization (WHO). Universal Eye Health: A Global Action Plan 2014-2019, 2013a, Geneva, WHO

World Health Organization (WHO). Visual Impairment and Blindness, 2014a. Erişim Tarihi: 3 Haziran 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>.

World Health Organization (WHO). Weight-For-Age, 2017d. Erişim Tarihi: 1 Haziran 2017, http://www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_age/en/.

World Health Organization (WHO). World Health Statistics, 2014.

Yaslı G, Turhan E, Tözün M, Ahi A, Doğanay S, Ülken Y. İzmir İli Karşıyaka İlçesi'nde İlköğretim 3. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Etkileyen Etmenler. Sürekli Tıp Eğitim Derg. 2014; 23 (5): 168-73.

Yılmaz D. Çocuklarda, Obezite Tanısında Kullanılabilecek Yöntemler ve Aralarındaki İlişki. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Aydın, 2006 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gülten İnan).

8.EKLER

EK A: ANKET FORMU

GÖRME ENGELLİ ÇOCUKLARDA FİZİKSEL AKTİVİTE VE OBEZİTE DURUMLARININ İNCELENMESİ ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı kapsamında görme engelli çocuklarda fiziksel aktivite ve obezite durumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen veriler isim belirtilmeden ve cevaplarınız gizli olacak şekilde bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Araştırma, verecek olduğunuz doğru bilgiler sayesinde sağlıklı sonuçlara ulaşacaktır. Göstermiş olduğunuz ilgiden dolayı çok teşekkür ederim.

Doç. Dr. Filiz HİSAR

Yardımcı Araştırmacı Sümeyra Esra DERVİŞOĞULLARI

I-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

- 1- Okul numarası:
- 2- Yaşınız (Ay/Yıl) : /
- 3- Cinsiyet : () Bay () Bayan
- 4- Okul : () İlkokul () Ortaokul
- 5- Sınıfı :
- 6- Babanın yaşı :
- 7- Babanın eğitim durumu :
- 8- Babanın mesleği :
- 9- Annenin yaşı :
- 10- Annenin eğitim durumu :
- 11- Annenin mesleği :
- 12- Aile tipiniz : ()Çekirdek aile ()Geniş aile ()Parçalanmış aile
- 13- Ailenizin toplam aylık geliri: () Düşük () Orta () Yüksek
- 14- Kaç kardeşin var? :
- 15- Kaçınıcı çocuksun? :

- 16- Anne de obezite var mı? : () Hayır () Evet
17- Baba da obezite var mı? : () Hayır () Evet
18- Bilinen herhangi bir hastalığın var mı? :
() Hayır () Evet
19- Uzun süredir kullandığın bir ilaç var mı? :
() Hayır () Evet

II-BESLENME ÖZELLİKLERİ

- 20- Günlük öğün sayısı :
21- Haftada kaç kez fastfood yiyorsun? :
22- Öğün aralarında abur cubur yer misin? :
() Hayır () Evet () Bazen
23- Atladığın öğün var mı? :
() Hayır () Evet () Bazen
24- En çok hangi öğünü atlarsın? :
() Hiç biri () Kahvaltı () Öğle yemeği () Akşam yemeği
25- Öğle yemeklerinizi genellikle nerede yersin? :
26- Aileniz size düzenli harçlık (günlük, haftalık, aylık vs.) veriyor mu? :
() Hayır () Evet () Bazen

III. FİZİKSEL AKTİVİTE ÖZELLİKLERİ

- 27- Günlük TV ya da bilgisayar başında geçirilen süre :
28- Günlük uyku süresi:
29- Günlük ders çalışma süresi:
30- Günlük açık alanda oyun oynama süresi:
31- Haftada kaç saat beden eğitimi dersiniz var? :
32- Spor kulübüne gidiyor musun? :
() Hayır () Evet
33- İlgilendiğin herhangi bir spor var mı? :
() Hayır () Evet
34- Okula gidiş tercihi : () yatılı () gündüzlü
35- Okula nasıl geliyorsun? :
() Servisle () Toplu taşıma araçları () Araba () Yürüyerek

EK B: TARAMA FORMU

GÖRME ENGELLİ ÇOCUKLARDA FİZİKSEL AKTİVİTE VE OBEZİTE DURUMLARININ İNCELENMESİ TARAMA FORMU

- 1- Okul Numarası:
- 2- Okul : () İlkokul () Ortaokul
- 3- Sınıfı :
- 4- Cinsiyet : () Bay () Bayan
- 5- Yaşı:
- 6- Boy (cm) :
- 7- Kilo (kg) :
- 8- Beden Kütle İndeksi:
- 9- Boya göre Persentil Değeri :
- 10- Kiloya göre Persentil Değeri :
- 11- Beden Kütle İndeksine göre Persentil Değeri :

EK C: VELİLER İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Görme Engelli Çocuklarda Fiziksel Aktivite Ve Obezite Durumlarının İncelenmesi

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Filiz HİSAR

Sayın Veli,

“Görme Engelli Çocuklarda Fiziksel Aktivite Ve Obezite Durumlarının İncelenmesi” adlı çalışmaya katılmak için kızınız/oğlunuz davet edilmiş bulunmaktadır. Bu çalışma, **Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı** kapsamında araştırma amaçlı yapılmaktadır. Kızınızın/oğlunuzun bu araştırmaya katılmasını rica ediyoruz. Kızınızın/oğlunuzun bu çalışmaya katılmasına izin vermeden önce sizleri çalışmayla ilgili bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız ve araştırmacıya gönderiniz.

Obezite çocukluk ve ergenlik dönemindeki en sık görülen uzun süreli bir hastalıktır ve bazı toplumlarda, çocukluk ve ergenlik döneminde obezite sıklığı astım ve egzama gibi alerjik hastalıkların bile önüne geçmiştir. Çocukluk ve ergenlik obezitesi birçok hastalığa ve ölüme sebep olabilmektedir. Türkiye’de çocuklar arasında yaşanan bölge, yerleşim biriminin yapısı ve cinsiyete göre zayıflık ve şişmanlık sorunu mevcuttur. Çocuklarımızın sağlıklı ve dengeli beslenmeleri konusunda davranış değişikliğine gereksinimi olduğu kadar fizik aktivitelerinin artırılması gerekir ve bunun için sizlerin çocukları desteklemesi, imkânların değerlendirilmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir. Çocukluk çağı obezitesinin tedavisi oldukça zordur ve önemli olan bu hastalığın olmaması için önlemler alınabilmektir. Obez çocukların başarılı bir şekilde tedavi olabilmesi için ailenin, akrabaların, arkadaş çevresinin, okul çocuğu ise öğretmenlerinin ve sağlık personellerinin yardımına ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlıklı nesiller yetiştirilmesi için günlük yeme alışkanlıklarının sağlıklı yöne kaydırılması, fiziksel aktivite düzeyinin yükseltilmesi ve diğer sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması çok önemlidir.

Bu araştırma Ankara’daki Görme Engelliler İlkokulu ile Görme Engelliler Ortaokulu’nda okuyan öğrencilerde Şubat-Mayıs 2016 tarihleri arasında yapılacaktır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kızınız/oğlunuzun çalışmaya katılmasını istemeyebilirsiniz. Ayrıca izin verseniz bile, herhangi bir aşamada izninizi geri çekme hakkına sahipsiniz. Çalışmaya katılım sizin izninizle birlikte oğlunuz/kızınızın isteğine bağlıdır, istemezse çalışmaya katılmayabilir.

Çalışma sırasında yüz yüze görüşme yöntemi ile bir anket uygulanacak ve ardından boy kilo ölçümü yapılacaktır. Çocuğunuzun verdiği cevaplar ve çocuğunuzun ölçüm sonuçları hiç kimse ile paylaşılmayacaktır. Çalışma derslere engel olmayacaktır. Öğretmenlerin uygun gördüğü zamanlarda yapılacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için size herhangi bir ödeme yapılamayacak ve herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırma sonuçları kimlik belirtilmeden bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Sonuçlar sizlere kimlik belirtilmeden bildirilecektir. Çalışma ile ilgili sormak istediğiniz soru olursa araştırmacı bilgilerinden bizimle iletişime geçebilirsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz için çok teşekkür ederim.

Velinin Adı Soyadı:

Araştırmacı Bilgileri

Yüksek Lisans Öğrencisi: Sümeyra Esra DERVİŞOĞULLARI, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Danışman: Doç. Dr. Filiz HİSAR, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İletişim Adresi

Tez Öğrencisi: Sümeyra Esra DERVİŞOĞULLARI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Meram/KONYA

Tel: 03322236000

E-mail: sumeyra-esra@hotmail.com

EK D: VELİ İZİN BELGESİ

Sayın Veli,

Okulumuzda yapılacak olan bu çalışma ile ilgili gerekli bilgiler sizlere Aydınlatılmış Veli Onam Formunda verildi. Bu bilgiler ışığında sizler ve çocuğunuzda onaylarsa bu çalışma yürütülecektir. Araştırma büyük bir özenle ve gizliliğe önem verilerek yapılacaktır.

Bilgilerinize

Sayın Araştırmacı Sümeyra Esra Dervişoğulları,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde bir araştırma yapılacağını belirterek tarafıma göndermiş olduğu aydınlatılmış onam formunu okudum ve anladım.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya izin vermek zorunda değilim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu araştırma projesinde çocuğumun katılımcı olarak yer almasına izin veriyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

..... sınıfında okuyan numaralı,
Kızım/Oğlum 'un
bu çalışmaya katılmasına izin veriyorum.

İmza

Velinin Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

EK E: GÖNÜLLÜLER İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Görme Engelli Çocuklarda Fiziksel Aktivite Ve Obezite Durumlarının İncelenmesi

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Filiz HİSAR

Sevgili Katılımcı,

Sağlıklı nesiller yetiştirilmesi için günlük yeme alışkanlıklarının sağlıklı yöne kaydırılması, fiziksel aktivite düzeyinin yükseltilmesi ve diğer sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması çok önemlidir. “Görme Engelli Çocuklarda Fiziksel Aktivite Ve Obezite Durumlarının İncelenmesi” adlı araştırma sağlıklı nesiller yetiştirilmesi konusunda yapılan bilimsel bir çalışmadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce çalışmayla ilgili bilgileri dinlemelisin. Bu çalışmaya katılmak ya da katılmamak senin isteğine bağlıdır. Eğer istemezsen çalışmaya katılmayabilirsin.

Bu araştırma Ankara’daki Görme Engelliler İlkokulu ile Görme Engelliler Ortaokulu’nda okuyan öğrencilerde Şubat-Mayıs 2016 tarihleri arasında yapılacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmak istemeyebilirsiniz. Ayrıca çalışmaya katılsan bile, herhangi bir aşamada vazgeçebilirsiniz.

Çalışma sırasında yüz yüze görüşme yöntemi ile sizlere bir anket uygulanacak ve ardından boyunuz kilonuz ölçülecektir. Verdiğin cevaplar ve ölçüm sonuçları hiç kimse ile paylaşılmayacaktır. Çalışma derslere engel olmayacaktır. Öğretmenlerin uygun gördüğü zamanlarda yapılacaktır. Araştırma sonuçları kimlik belirtilmeden bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Sonuçlar sizlere kimlik belirtilmeden bildirilecektir. Çalışma ile ilgili sormak istediğiniz soru olursa bizimle iletişime geçebilirsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz için çok teşekkür ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı:

Sınıfı:

İmza:

EK-F: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ 5-19 YAŞ GRUBU İÇİN PERSENTİL TABLOLARI

Erkeklerin Yaşa Göre BKİ Değerleri

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ²)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
13: 4	160	-1.6888	18.4860	0.12005	14.7	15.3	15.6	16.5	17.1	18.5	20.2	21.3	23.5	24.6	27.0
13: 5	161	-1.6811	18.5502	0.12030	14.7	15.3	15.6	16.6	17.2	18.6	20.2	21.3	23.6	24.7	27.1
13: 6	162	-1.6732	18.6148	0.12055	14.8	15.4	15.7	16.6	17.2	18.6	20.3	21.4	23.7	24.8	27.2
13: 7	163	-1.6651	18.6795	0.12079	14.8	15.4	15.7	16.7	17.3	18.7	20.4	21.5	23.8	24.9	27.3
13: 8	164	-1.6568	18.7445	0.12102	14.9	15.5	15.8	16.7	17.4	18.7	20.5	21.6	23.9	24.9	27.4
13: 9	165	-1.6482	18.8095	0.12125	14.9	15.5	15.8	16.8	17.4	18.8	20.5	21.7	24.0	25.0	27.5
13:10	166	-1.6394	18.8746	0.12148	15.0	15.5	15.9	16.8	17.5	18.9	20.6	21.7	24.0	25.1	27.6
13:11	167	-1.6304	18.9398	0.12170	15.0	15.6	15.9	16.9	17.5	18.9	20.7	21.8	24.1	25.2	27.7
14: 0	168	-1.6211	19.0050	0.12191	15.1	15.6	16.0	16.9	17.6	19.0	20.8	21.9	24.2	25.3	27.8
14: 1	169	-1.6116	19.0701	0.12212	15.1	15.7	16.0	17.0	17.7	19.1	20.8	22.0	24.3	25.4	27.9
14: 2	170	-1.6020	19.1351	0.12233	15.1	15.7	16.1	17.0	17.7	19.1	20.9	22.0	24.4	25.5	28.0
14: 3	171	-1.5921	19.2000	0.12253	15.2	15.8	16.1	17.1	17.8	19.2	21.0	22.1	24.5	25.6	28.1
14: 4	172	-1.5821	19.2648	0.12272	15.2	15.8	16.2	17.2	17.8	19.3	21.1	22.2	24.6	25.7	28.2
14: 5	173	-1.5719	19.3294	0.12291	15.3	15.9	16.2	17.2	17.9	19.3	21.1	22.3	24.7	25.8	28.3
14: 6	174	-1.5615	19.3937	0.12310	15.3	15.9	16.3	17.3	17.9	19.4	21.2	22.4	24.7	25.8	28.3
14: 7	175	-1.5510	19.4578	0.12328	15.3	16.0	16.3	17.3	18.0	19.5	21.3	22.4	24.8	25.9	28.4
14: 8	176	-1.5403	19.5217	0.12346	15.4	16.0	16.4	17.4	18.1	19.5	21.3	22.5	24.9	26.0	28.5
14: 9	177	-1.5294	19.5853	0.12363	15.4	16.1	16.4	17.4	18.1	19.6	21.4	22.6	25.0	26.1	28.6
14:10	178	-1.5185	19.6486	0.12380	15.5	16.1	16.5	17.5	18.2	19.6	21.5	22.7	25.1	26.2	28.7
14:11	179	-1.5074	19.7117	0.12396	15.5	16.1	16.5	17.5	18.2	19.7	21.6	22.7	25.1	26.3	28.8
15: 0	180	-1.4961	19.7744	0.12412	15.6	16.2	16.5	17.6	18.3	19.8	21.6	22.8	25.2	26.4	28.9
15: 1	181	-1.4848	19.8367	0.12428	15.6	16.2	16.6	17.6	18.3	19.8	21.7	22.9	25.3	26.4	28.9
15: 2	182	-1.4733	19.8987	0.12443	15.6	16.3	16.6	17.7	18.4	19.9	21.8	23.0	25.4	26.5	29.0
15: 3	183	-1.4617	19.9603	0.12458	15.7	16.3	16.7	17.7	18.4	20.0	21.8	23.0	25.5	26.6	29.1

2007 WHO Reference

Erkeklerin Yaşa Göre BKİ Değerleri (Devamı)

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ²)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
15: 4	184	-1.4500	20.0215	0.12473	15.7	16.4	16.7	17.8	18.5	20.0	21.9	23.1	25.5	26.7	29.2
15: 5	185	-1.4382	20.0823	0.12487	15.8	16.4	16.8	17.8	18.5	20.1	22.0	23.2	25.6	26.7	29.3
15: 6	186	-1.4263	20.1427	0.12501	15.8	16.4	16.8	17.9	18.6	20.1	22.0	23.2	25.7	26.8	29.3
15: 7	187	-1.4143	20.2026	0.12514	15.8	16.5	16.9	17.9	18.7	20.2	22.1	23.3	25.8	26.9	29.4
15: 8	188	-1.4022	20.2621	0.12528	15.9	16.5	16.9	18.0	18.7	20.3	22.2	23.4	25.8	27.0	29.5
15: 9	189	-1.3900	20.3211	0.12541	15.9	16.6	17.0	18.0	18.8	20.3	22.2	23.5	25.9	27.0	29.5
15:10	190	-1.3777	20.3796	0.12554	15.9	16.6	17.0	18.1	18.8	20.4	22.3	23.5	26.0	27.1	29.6
15:11	191	-1.3653	20.4376	0.12567	16.0	16.7	17.0	18.1	18.9	20.4	22.4	23.6	26.1	27.2	29.7
16: 0	192	-1.3529	20.4951	0.12579	16.0	16.7	17.1	18.2	18.9	20.5	22.4	23.7	26.1	27.3	29.7
16: 1	193	-1.3403	20.5521	0.12591	16.1	16.7	17.1	18.2	19.0	20.6	22.5	23.7	26.2	27.3	29.8
16: 2	194	-1.3277	20.6085	0.12603	16.1	16.8	17.2	18.3	19.0	20.6	22.6	23.8	26.3	27.4	29.9
16: 3	195	-1.3149	20.6644	0.12615	16.1	16.8	17.2	18.3	19.1	20.7	22.6	23.9	26.3	27.5	29.9
16: 4	196	-1.3021	20.7197	0.12627	16.2	16.8	17.2	18.4	19.1	20.7	22.7	23.9	26.4	27.5	30.0
16: 5	197	-1.2892	20.7745	0.12638	16.2	16.9	17.3	18.4	19.2	20.8	22.7	24.0	26.5	27.6	30.1
16: 6	198	-1.2762	20.8287	0.12650	16.2	16.9	17.3	18.5	19.2	20.8	22.8	24.0	26.5	27.7	30.1
16: 7	199	-1.2631	20.8824	0.12661	16.3	17.0	17.4	18.5	19.3	20.9	22.9	24.1	26.6	27.7	30.2
16: 8	200	-1.2499	20.9355	0.12672	16.3	17.0	17.4	18.5	19.3	20.9	22.9	24.2	26.7	27.8	30.2
16: 9	201	-1.2366	20.9881	0.12683	16.3	17.0	17.4	18.6	19.3	21.0	23.0	24.2	26.7	27.8	30.3
16:10	202	-1.2233	21.0400	0.12694	16.4	17.1	17.5	18.6	19.4	21.0	23.0	24.3	26.8	27.9	30.4
16:11	203	-1.2098	21.0914	0.12704	16.4	17.1	17.5	18.7	19.4	21.1	23.1	24.3	26.8	28.0	30.4
17: 0	204	-1.1962	21.1423	0.12715	16.4	17.1	17.5	18.7	19.5	21.1	23.1	24.4	26.9	28.0	30.5
17: 1	205	-1.1826	21.1925	0.12726	16.4	17.2	17.6	18.7	19.5	21.2	23.2	24.5	27.0	28.1	30.5
17: 2	206	-1.1688	21.2423	0.12736	16.5	17.2	17.6	18.8	19.6	21.2	23.3	24.5	27.0	28.1	30.6
17: 3	207	-1.1550	21.2914	0.12746	16.5	17.2	17.6	18.8	19.6	21.3	23.3	24.6	27.1	28.2	30.6

2007 WHO Reference

Erkeklerin Yaşa Göre BKİ Değerleri (Devamı)

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ³)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
17: 4	208	-1.1410	21.3400	0.12756	16.5	17.3	17.7	18.9	19.7	21.3	23.4	24.6	27.1	28.2	30.7
17: 5	209	-1.1270	21.3880	0.12767	16.6	17.3	17.7	18.9	19.7	21.4	23.4	24.7	27.2	28.3	30.7
17: 6	210	-1.1129	21.4354	0.12777	16.6	17.3	17.7	18.9	19.7	21.4	23.5	24.7	27.2	28.4	30.8
17: 7	211	-1.0986	21.4822	0.12787	16.6	17.4	17.8	19.0	19.8	21.5	23.5	24.8	27.3	28.4	30.8
17: 8	212	-1.0843	21.5285	0.12797	16.6	17.4	17.8	19.0	19.8	21.5	23.6	24.8	27.3	28.5	30.8
17: 9	213	-1.0699	21.5742	0.12807	16.7	17.4	17.8	19.1	19.9	21.6	23.6	24.9	27.4	28.5	30.9
17:10	214	-1.0553	21.6193	0.12816	16.7	17.4	17.9	19.1	19.9	21.6	23.7	24.9	27.4	28.6	30.9
17:11	215	-1.0407	21.6638	0.12826	16.7	17.5	17.9	19.1	19.9	21.7	23.7	25.0	27.5	28.6	31.0
18: 0	216	-1.0260	21.7077	0.12836	16.7	17.5	17.9	19.2	20.0	21.7	23.8	25.0	27.5	28.6	31.0
18: 1	217	-1.0112	21.7510	0.12845	16.8	17.5	18.0	19.2	20.0	21.8	23.8	25.1	27.6	28.7	31.0
18: 2	218	-0.9962	21.7937	0.12855	16.8	17.5	18.0	19.2	20.1	21.8	23.9	25.1	27.6	28.7	31.1
18: 3	219	-0.9812	21.8358	0.12864	16.8	17.6	18.0	19.3	20.1	21.8	23.9	25.2	27.7	28.8	31.1
18: 4	220	-0.9661	21.8773	0.12874	16.8	17.6	18.0	19.3	20.1	21.9	24.0	25.2	27.7	28.8	31.2
18: 5	221	-0.9509	21.9182	0.12883	16.8	17.6	18.1	19.3	20.2	21.9	24.0	25.3	27.8	28.9	31.2
18: 6	222	-0.9356	21.9585	0.12893	16.9	17.6	18.1	19.4	20.2	22.0	24.0	25.3	27.8	28.9	31.2
18: 7	223	-0.9202	21.9982	0.12902	16.9	17.7	18.1	19.4	20.2	22.0	24.1	25.4	27.9	29.0	31.3
18: 8	224	-0.9048	22.0374	0.12911	16.9	17.7	18.1	19.4	20.3	22.0	24.1	25.4	27.9	29.0	31.3
18: 9	225	-0.8892	22.0760	0.12920	16.9	17.7	18.2	19.5	20.3	22.1	24.2	25.5	27.9	29.0	31.3
18:10	226	-0.8735	22.1140	0.12930	16.9	17.7	18.2	19.5	20.3	22.1	24.2	25.5	28.0	29.1	31.3
18:11	227	-0.8578	22.1514	0.12939	16.9	17.8	18.2	19.5	20.4	22.2	24.3	25.5	28.0	29.1	31.4
19: 0	228	-0.8419	22.1883	0.12948	17.0	17.8	18.2	19.5	20.4	22.2	24.3	25.6	28.1	29.1	31.4

2007 WHO Reference

Kızların Yaşa Göre BKİ Değerleri (Devamı)



BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (percentiles)

Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ²)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
13: 4	160	-1.2894	19.0642	0.13537	14.6	15.3	15.7	16.8	17.5	19.1	21.0	22.3	24.8	26.0	28.6
13: 5	161	-1.2816	19.1289	0.13559	14.7	15.3	15.7	16.8	17.5	19.1	21.1	22.3	24.9	26.1	28.7
13: 6	162	-1.2739	19.1931	0.13580	14.7	15.4	15.8	16.9	17.6	19.2	21.2	22.4	25.0	26.1	28.8
13: 7	163	-1.2661	19.2567	0.13601	14.8	15.4	15.8	16.9	17.7	19.3	21.2	22.5	25.1	26.2	28.9
13: 8	164	-1.2583	19.3197	0.13622	14.8	15.5	15.9	17.0	17.7	19.3	21.3	22.6	25.1	26.3	28.9
13: 9	165	-1.2504	19.3820	0.13642	14.8	15.5	15.9	17.0	17.8	19.4	21.4	22.6	25.2	26.4	29.0
13:10	166	-1.2425	19.4437	0.13662	14.9	15.6	15.9	17.1	17.8	19.4	21.4	22.7	25.3	26.5	29.1
13:11	167	-1.2345	19.5045	0.13681	14.9	15.6	16.0	17.1	17.9	19.5	21.5	22.8	25.4	26.6	29.2
14: 0	168	-1.2266	19.5647	0.13700	15.0	15.6	16.0	17.2	17.9	19.6	21.6	22.9	25.5	26.7	29.3
14: 1	169	-1.2186	19.6240	0.13719	15.0	15.7	16.1	17.2	18.0	19.6	21.6	22.9	25.6	26.8	29.4
14: 2	170	-1.2107	19.6824	0.13738	15.0	15.7	16.1	17.3	18.0	19.7	21.7	23.0	25.6	26.8	29.5
14: 3	171	-1.2027	19.7400	0.13756	15.1	15.8	16.2	17.3	18.1	19.7	21.8	23.1	25.7	26.9	29.6
14: 4	172	-1.1947	19.7966	0.13774	15.1	15.8	16.2	17.4	18.1	19.8	21.8	23.2	25.8	27.0	29.7
14: 5	173	-1.1867	19.8523	0.13791	15.1	15.8	16.2	17.4	18.2	19.9	21.9	23.2	25.9	27.1	29.7
14: 6	174	-1.1788	19.9070	0.13808	15.2	15.9	16.3	17.4	18.2	19.9	22.0	23.3	25.9	27.1	29.8
14: 7	175	-1.1708	19.9607	0.13825	15.2	15.9	16.3	17.5	18.3	20.0	22.0	23.4	26.0	27.2	29.9
14: 8	176	-1.1629	20.0133	0.13841	15.2	15.9	16.4	17.5	18.3	20.0	22.1	23.4	26.1	27.3	30.0
14: 9	177	-1.1549	20.0648	0.13858	15.3	16.0	16.4	17.6	18.4	20.1	22.2	23.5	26.1	27.4	30.0
14:10	178	-1.1470	20.1152	0.13873	15.3	16.0	16.4	17.6	18.4	20.1	22.2	23.5	26.2	27.4	30.1
14:11	179	-1.1390	20.1644	0.13889	15.3	16.0	16.5	17.6	18.4	20.2	22.3	23.6	26.3	27.5	30.2
15: 0	180	-1.1311	20.2125	0.13904	15.3	16.1	16.5	17.7	18.5	20.2	22.3	23.7	26.3	27.6	30.2
15: 1	181	-1.1232	20.2595	0.13920	15.4	16.1	16.5	17.7	18.5	20.3	22.4	23.7	26.4	27.6	30.3
15: 2	182	-1.1153	20.3053	0.13934	15.4	16.1	16.6	17.8	18.6	20.3	22.4	23.8	26.5	27.7	30.4
15: 3	183	-1.1074	20.3499	0.13949	15.4	16.2	16.6	17.8	18.6	20.4	22.5	23.8	26.5	27.7	30.4

2007 WHO Reference

Kızların Yaşa Göre BKİ Değerleri (Devamı)

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ³)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
15: 4	184	-1.0996	20.3934	0.13963	15.4	16.2	16.6	17.8	18.6	20.4	22.5	23.9	26.6	27.8	30.5
15: 5	185	-1.0917	20.4357	0.13977	15.5	16.2	16.6	17.9	18.7	20.4	22.6	23.9	26.6	27.9	30.5
15: 6	186	-1.0838	20.4769	0.13991	15.5	16.2	16.7	17.9	18.7	20.5	22.6	24.0	26.7	27.9	30.6
15: 7	187	-1.0760	20.5170	0.14005	15.5	16.3	16.7	17.9	18.8	20.5	22.7	24.0	26.7	28.0	30.6
15: 8	188	-1.0681	20.5560	0.14018	15.5	16.3	16.7	18.0	18.8	20.6	22.7	24.1	26.8	28.0	30.7
15: 9	189	-1.0603	20.5938	0.14031	15.6	16.3	16.8	18.0	18.8	20.6	22.8	24.1	26.8	28.1	30.7
15:10	190	-1.0525	20.6306	0.14044	15.6	16.3	16.8	18.0	18.8	20.6	22.8	24.2	26.9	28.1	30.8
15:11	191	-1.0447	20.6663	0.14057	15.6	16.4	16.8	18.0	18.9	20.7	22.8	24.2	26.9	28.2	30.8
16: 0	192	-1.0368	20.7008	0.14070	15.6	16.4	16.8	18.1	18.9	20.7	22.9	24.2	27.0	28.2	30.9
16: 1	193	-1.0290	20.7344	0.14082	15.6	16.4	16.8	18.1	18.9	20.7	22.9	24.3	27.0	28.2	30.9
16: 2	194	-1.0212	20.7668	0.14094	15.7	16.4	16.9	18.1	19.0	20.8	23.0	24.3	27.1	28.3	31.0
16: 3	195	-1.0134	20.7982	0.14106	15.7	16.4	16.9	18.1	19.0	20.8	23.0	24.4	27.1	28.3	31.0
16: 4	196	-1.0055	20.8286	0.14118	15.7	16.5	16.9	18.2	19.0	20.8	23.0	24.4	27.1	28.4	31.0
16: 5	197	-0.9977	20.8580	0.14130	15.7	16.5	16.9	18.2	19.0	20.9	23.1	24.4	27.2	28.4	31.1
16: 6	198	-0.9898	20.8863	0.14142	15.7	16.5	16.9	18.2	19.1	20.9	23.1	24.5	27.2	28.4	31.1
16: 7	199	-0.9819	20.9137	0.14153	15.7	16.5	17.0	18.2	19.1	20.9	23.1	24.5	27.2	28.5	31.1
16: 8	200	-0.9740	20.9401	0.14164	15.7	16.5	17.0	18.3	19.1	20.9	23.1	24.5	27.3	28.5	31.2
16: 9	201	-0.9661	20.9656	0.14176	15.7	16.5	17.0	18.3	19.1	21.0	23.2	24.6	27.3	28.5	31.2
16:10	202	-0.9582	20.9901	0.14187	15.8	16.6	17.0	18.3	19.2	21.0	23.2	24.6	27.3	28.6	31.2
16:11	203	-0.9503	21.0138	0.14198	15.8	16.6	17.0	18.3	19.2	21.0	23.2	24.6	27.4	28.6	31.2
17: 0	204	-0.9423	21.0367	0.14208	15.8	16.6	17.0	18.3	19.2	21.0	23.3	24.7	27.4	28.6	31.3
17: 1	205	-0.9344	21.0587	0.14219	15.8	16.6	17.0	18.3	19.2	21.1	23.3	24.7	27.4	28.6	31.3
17: 2	206	-0.9264	21.0801	0.14230	15.8	16.6	17.1	18.4	19.2	21.1	23.3	24.7	27.4	28.7	31.3
17: 3	207	-0.9184	21.1007	0.14240	15.8	16.6	17.1	18.4	19.2	21.1	23.3	24.7	27.5	28.7	31.3

2007 WHO Reference

Kızların Yaşa Göre BKİ Değerleri (Devamı)

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (percentiles)



Year: Month	Month	L	M	S	Percentiles (BMI in kg/m ²)										
					1st	3rd	5th	15th	25th	50th	75th	85th	95th	97th	99th
17: 4	208	-0.9104	21.1206	0.14250	15.8	16.6	17.1	18.4	19.3	21.1	23.4	24.8	27.5	28.7	31.3
17: 5	209	-0.9024	21.1399	0.14261	15.8	16.6	17.1	18.4	19.3	21.1	23.4	24.8	27.5	28.7	31.4
17: 6	210	-0.8944	21.1586	0.14271	15.8	16.6	17.1	18.4	19.3	21.2	23.4	24.8	27.5	28.8	31.4
17: 7	211	-0.8863	21.1768	0.14281	15.8	16.6	17.1	18.4	19.3	21.2	23.4	24.8	27.6	28.8	31.4
17: 8	212	-0.8783	21.1944	0.14291	15.8	16.7	17.1	18.4	19.3	21.2	23.4	24.8	27.6	28.8	31.4
17: 9	213	-0.8703	21.2116	0.14301	15.8	16.7	17.1	18.5	19.3	21.2	23.5	24.9	27.6	28.8	31.4
17:10	214	-0.8623	21.2282	0.14311	15.8	16.7	17.1	18.5	19.3	21.2	23.5	24.9	27.6	28.8	31.4
17:11	215	-0.8542	21.2444	0.14320	15.8	16.7	17.1	18.5	19.4	21.2	23.5	24.9	27.6	28.9	31.4
18: 0	216	-0.8462	21.2603	0.14330	15.9	16.7	17.1	18.5	19.4	21.3	23.5	24.9	27.7	28.9	31.5
18: 1	217	-0.8382	21.2757	0.14340	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.5	24.9	27.7	28.9	31.5
18: 2	218	-0.8301	21.2908	0.14349	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.6	25.0	27.7	28.9	31.5
18: 3	219	-0.8221	21.3055	0.14359	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.6	25.0	27.7	28.9	31.5
18: 4	220	-0.8140	21.3200	0.14368	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.6	25.0	27.7	28.9	31.5
18: 5	221	-0.8060	21.3341	0.14377	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.6	25.0	27.7	28.9	31.5
18: 6	222	-0.7980	21.3480	0.14386	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.6	25.0	27.7	29.0	31.5
18: 7	223	-0.7899	21.3617	0.14396	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.6	25.0	27.8	29.0	31.5
18: 8	224	-0.7819	21.3752	0.14405	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.6	25.1	27.8	29.0	31.5
18: 9	225	-0.7738	21.3884	0.14414	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.7	25.1	27.8	29.0	31.5
18:10	226	-0.7658	21.4014	0.14423	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.7	25.1	27.8	29.0	31.5
18:11	227	-0.7577	21.4143	0.14432	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.7	25.1	27.8	29.0	31.5
19: 0	228	-0.7496	21.4269	0.14441	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.7	25.1	27.8	29.0	31.6

2007 WHO Reference

**EK G: NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

**T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

Toplantı Sayısı:27

Toplantı Tarihi: 19.02.2016

Karar Sayısı:2016/457;N. E. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Filiz HİSAR' ın "Görme Engelli Çocuklarda Fiziksel Aktivite ve Obezite Durumlarının İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans projesi çalışması ile ilgili 12.02.2016 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Sümeyra Esra DERVİŞOĞULLARI' nın yüksek lisans tez çalışmasının N. E. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Filiz HİSAR' ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.
Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Filiz HİSAR
Yardımcı Araştırmacı: Sümeyra Esra DERVİŞOĞULLARI

**ASLI GİBİDİR
19.02.2016**

**Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı**



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:54

Toplantı Tarihi: 22.09.2017

Karar Sayısı:2017/1027:N. E. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anab. Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Filiz HİSAR' ın "Görme Engelli Çocuklarda Fiziksel Aktivite Obezite Durumlarının İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 20.09.2017 ta çalışma başlığının "Görme Engelli Öğrencilerin Fiziksel Aktivite ve Obezite Düzeyleri" ol değiştirilmesi dilekçesi ve ekleri görüşüldü, yüksek lisans tez çalışması başlığının "Görme Engelli Öğrencilerin Fiziksel Aktivite ve Obezite Düzeyleri" olarak değiştirilmesinin uygun olduğuna oy ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Filiz HİSAR

Yardımcı araştırmacı: Sümeyra Esra PINARBAŞI

ASLI GİBİDİR

22.09.2017



Prof. Dr. Ayşe S. SAHİN
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkan Yardımı

EK H: İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 14588481-605.99-E.2986919
Konu : Araştırma İzni

15.03.2016

.....KAYMAKAMLIĞINA
(İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü)

İlgi: a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün 2012/13 nolu Genelgesi.
b) Necmettin Erbakan Üniversitesi'nin 24/02/2016 tarihli ve 818 Sayılı yazısı.

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi yüksek lisans öğrencisi Stümevra Esra DERVİŞOĞULLARI'nın "**Görme Engelli Çocuklarda Fiziksel Aktivite ve Obezite Durumlarının İncelenmesi**" konulu tez kapsamında uygulama talebi Araştırma Komisyonumuzca incelenmiş olup; ilçenize bağlı ekli listede belirtilen okullarda çalışmanın yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Görüşme formunun (3 sayfa) uygulama yapılacak sayıda araştırmacı tarafından çoğaltılarak, araştırmacının ilgi (a) genelge çerçevesinde, ilçe milli eğitim müdürlüklerinin sorumluluğunda okul ve kurum yöneticileri de uygun gördüğü takdirde gönüllülük esasına göre uygulanmasını rica ederim.

Müberra OĞUZ
Müdür a.
Şube Müdürü

EK:
1-Görüşme formu (3 sayfa)
2-Okul listesi (1 sayfa)
DAĞITIM:
Yenimahalle-Altındağ

Konya yolu Başkent Öğretmen Evi arkası Beşevler ANKARA
e-posta: ıstatistik06@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için
Tel: (0 312) 221 02 17/135

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. İhtiyaç halinde elektronik imza adresinden <http://evraksaran.meb.gov.tr> adresinden 9429-f60f-3307-9a73-6003 kodu ile teyit edilebilir.

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER
Adı Soyadı: SÜMEYRA ESRA PINARBAŞI
Doğum Tarihi: 07.07.1991
Doğum Yeri: Selçuklu/Konya
Medeni Hali: Evli
Uyruğu: T.C.
E-mail: sumeyra-esra@hotmail.com
EĞİTİM
Lise: Meram Muhittin Güzelkılınç Lisesi (2009)
Lisans: Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Anabilim Dalı (2013)
Yüksek Lisans: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2014-2017)
YABANCI DİL BİLGİSİ: İngilizce (YÖKDİL 37,5, Mart 2017)
MESLEKİ DENEYİM: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Hematoloji Servisi (2014-Devam)
MAKALELER: Dervişoğulları S.E, Hisar F. (2015) Görme Engelli Çocukların Sağlık Durumu, e-sağlık Dergisi, 3, (11), 32-43.