



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

BİR ORTAOKULDA OBEZİTE PREVALANSI,

SOSYAL ANKSİYETE, DEPRESYON

VE

BENLİK SAYGISI İLE İLİŞKİSİ

SAMET TAŞKIRAN

DANIŞMAN: PROF. DR. HÜSNÜ ERKMEN

İstanbul – 2018



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

BİR ORTAOKULDA OBEZİTE PREVALANSI,

SOSYAL ANKSİYETE, DEPRESYON

VE

BENLİK SAYGISI İLE İLİŞKİSİ

SAMET TAŞKIRAN

164102044

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: PROF. DR. HÜSNÜ ERKMEN

İstanbul – 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 164102044
Öğrenci Adı Soyadı	: Samet TAŞKIRAN
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Hüsnü ERKMEN
Tezin Başlığı	: Bir Ortaokulda Obezite Prevalansı, Sosyal Anksiyete, Depresyon ve Benlik Saygısı İle İlişkisi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 13.07.2018	Saati	: 19:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Prof. Dr. Hüsnü ERKMEN	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Habib ERENŞOY	
Üye	Doç. Dr. Bengü Özüğür UYSAL	

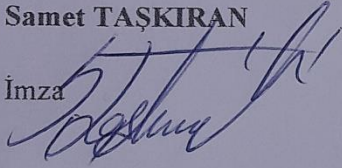
YEMİN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Bir Ortaokulda Obezite Prevalansı, Anksiyete, Depresyon ve Benlik Saygısı ile İlişkisi**” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

01/06/2018

Samet TAŞKIRAN

İmza



TEŞEKKÜR

Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisansı Eğitimim ve Tez Çalışmam boyunca bilgi, deneyim ve birikimlerini destekleyici tebessümüyle paylaşarak yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Hüsnu Erkmen'e,

Eğitime verdikleri önemle bu günlere kadar gelmemde büyük katkıları olan sevgili aileme,

Birlikteliğimizin başladığı günden bu güne kadar bana her konuda sonsuz inanç ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, beni her zaman destekleyen ve kendisinden çok şey öğrendiğim sevgili eşim Bilge Taşkıran'a,

Mesleki çalışmalarımدا talepleri ve benimle kurduğu ilişki ile ilham kaynağı olan sevgili kızım Beren Taşkıran'a içten saygı ve sevgilerimi sunarım.

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

YEMİN	<i>i</i>
TEŞEKKÜR	<i>ii</i>
İÇİNDEKİLER	<i>iii</i>
ÖZET	<i>ix</i>
ABSTRACT	<i>xi</i>
KISALTMALAR VE SİMGELER	<i>xiii</i>
TABLolar	<i>xv</i>
I. GİRİŞ VE AMAÇ	<i>1</i>
II. GENEL BİLGİLER	<i>3</i>
2.1. OBEZİTE KAVRAMI ve OBEZİTENİN TARİHÇESİ	<i>3</i>
2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİNİN TANIMI ve SINIFLANDIRILMASI ...	<i>5</i>
2.2.1. Çocukluk Çağı Obezitesinin Ortaya Çıkışı	<i>7</i>
2.2.2. Ülkemizde Çocukluk çağı Obezitesi	<i>7</i>
2.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİNİN NEDENLERİ	<i>8</i>
2.3.1. Çocukluk Çağı Obezitesi oluşumuna Katkıda Bulunan Faktörler	<i>8</i>
2.3.1.1. Genetik	<i>9</i>
2.3.1.2. Yaş	<i>9</i>
2.3.1.3. Cinsiyet	<i>10</i>
2.3.1.4. Beslenme Alışkanlıkları	<i>11</i>
2.3.1.4.1. Yeme Bozuklukları	<i>12</i>
2.3.1.4.1.1. Anoreksiya Nervoza	<i>13</i>
2.3.1.4.1.2. Bulimia Nervoza	<i>13</i>
2.3.1.4.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	<i>14</i>
2.3.1.4.1.4. Pika	<i>14</i>
2.3.1.4.1.5. Ruminasyon/Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu	<i>15</i>
2.3.1.4.1.6. Kaçınan-Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu	<i>15</i>

2.3.1.4.1.7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve yeme Bozukluğu	16
2.3.1.4.1.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu	16
2.3.1.4.1.9. Gece Yeme Sendromu	16
2.3.1.5. Fiziksel Aktivite	17
2.3.1.6. Sosyoekonomik Kültürel Düzey	17
2.3.1.7. Psikolojik Etkiler	18
2.3.1.8. Erken Çocukluk Döneminde Çocuğun Bağlanması	18
2.4. OBEZİTE PREVALANSI	20
2.4.1. Dünyada Obezite Prevalansı	20
2.4.2. Türkiye’de Obezite Prevalansı	21
2.5. OBEZİTENİN ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ	22
2.5.1. Vücuttaki Yağın Direkt Ölçümü	22
2.5.1.1. Biyoimpedans Analizi (BIA)	22
2.5.1.2. Manyetik Rezonans (MR)	22
2.5.1.3. Bilgisayarlı Tomografi (BT)	23
2.5.1.4. Sualtı Tartımı Yapılarak Vücut Yoğunluğunun Ölçümü	23
2.5.1.5. Vücut Toplam Potasyumunun Ölçülmesi	23
2.5.1.6. Dual-enerji X ışını Emilimi (DEXA)	23
2.5.2. Vücuttaki Yağın İndirekt Ölçümü	24
2.5.2.1. Boya Göre Ağırlık (Rölatif Ağırlık-RA)	24
2.5.2.2. Çevre Ölçümleri	24
2.5.2.3. Cilt Kıvrım Kalınlıkları	24
2.5.2.4. Vücut Kitle İndeksi/Quetelet İndeks (VKİ)	25
2.6. OBEZİTENİN KOMPLİKASYONLARI	26
2.6.1. Fiziksel Komplikasyonlar	26
2.6.1.1. Engellilik Durumu Olarak Obezite	26
2.6.1.2. Obez Bireylerin Giyim Problemleri	27
2.6.1.3. Obez Çocuklarda Giyim Problemleri	28
2.6.2. Duygusal-Ruhsal Komplikasyonlar	29
2.6.2.1. Düşük Benlik Saygısı	29
2.6.2.2. Sosyal Anksiyete	31

2.6.2.3. Depresyon	32
2.6.3. Sosyal Komplasyonlar	33
2.6.4. Akademik Sorunlar	34
2.6.5. Öğretmen Gözünden Obez Öğrenci	34
2.7. OBEZİTEDEN KORUNMA	35
2.8. ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİNDE TEDAVİ YÖNTEMLERİ	36
2.8.1. Diyet	37
2.8.2. Egzersiz	37
2.8.3. İlaç Tedavisi	38
2.8.4. Cerrahi Tedavi	39
2.8.5. Psikoterapi Desteği ile Zayıflama	41
2.8.5.1. Psikanaliz	42
2.8.5.2. Dinamik (Psikoanalitik) psikoterapiler	42
2.8.5.3. Bilişsel davranışçı terapi (BDT)	43
2.8.5.4. Kendi kendine yardım terapisi (KKYT)	43
2.8.5.5. Davranışçı yöntemlerle kilo verme terapisi	43
2.8.5.6. Kişilerarası psikoterapi	44
2.8.5.7. Transteoretik temelli motivasyonel görüşme	44
2.8.5.8. Diyalektik davranışçı terapi (DDT)	45
2.9. OKUL SAĞLIĞI UYGULAMALARI	46
2.9.1. Dünyada Okul sağlığı Uygulamaları	47
2.9.2. Türkiye’de Okul Sağlığı Uygulamaları	47
2.9.2.1. Okul/Kurumlardaki yemekhane, kantin kafeterya, büfe, gıda işletmelerinin kontrol ve denetimi	49
2.9.2.2. “Okul Kantinlerinin Denetimi ve Uygulanacak Hijyen Kuralları” genelgesi	49
2.9.2.3. Beslenme Dostu Okul Projesi uygulaması	49
2.10. OBEZİTE İLE MÜCADELEDE VERGİLENDİRME	50
2.11. OBEZİTE VERGİSİNİN TÜRKİYE’DE UYGULANABİLİRLİĞİ	52
III. YÖNTEM VE GEREÇLER	53

3.1. ARAŞTIRMA AMACI	53
3.2. ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR	53
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	54
3.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	54
3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN EVREN VE ÖRNEKLEM	54
3.5.1. Örneklem Grubuna Dahil Edilme Kriterleri	55
3.6. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	55
3.7. VERİLERİN TOPLANMASI	55
3.7.1. Çalışma Evreni Verilerinin Toplanması	55
3.7.2. Çalışma Örnekleme Verilerinin Toplanması	56
3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMLERİ	56
3.8.1. Veri Toplama Araçları	56
3.8.2. Bilgi Formu	56
3.8.3. Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği (Yenilenmiş Biçim)	56
3.8.4. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	57
3.8.5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	58
3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	59
IV. BULGULAR	60
4.1. ÖĞRENCİLERİN OBEZİTE PREVALANSI	60
4.1.1. Sınıf Düzeylerine Göre Obezite Prevalansı	60
4.1.1.1. 5. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Prevalansı	61
4.1.1.2. 6. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Prevalansı	62
4.1.1.3. 7. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Prevalansı	63
4.1.1.4. 8. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Prevalansı	64
4.1.2. Beden Kitle İndeksi (BKI) Değerlerine Göre Obezite Prevalansı	65
4.1.3. Cinsiyete Göre Obezite Prevalansı	71
4.2. ÖRNEKLEM GRUBU BETİMLEYİCİ BULGULAR	72
4.2.1. Sınıf Düzeyine Göre Dağılımları	73
4.2.2. Yaş Düzeyine Göre Dağılımları	74

4.2.3. Cinsiyete Göre Dağılımları	75
4.2.4. Kardeş Sayılarına Göre Dağılımları	76
4.2.5. Kahvaltı Alışkanlıklarına İlişkin Özellikleri	78
4.2.6. Öğlen Yemeği Alışkanlıklarına İlişkin Özellikleri	79
4.2.7. Akşam Yemeği Alışkanlıklarına İlişkin Özellikleri	81
4.2.8. Akademik Başarıları	82
4.3. ÖLÇEKLERE AİT BETİMSSEL BULGULAR	84
4.3.1. Sosyal Anksiyete, Depresyon ve Benlik Saygısı Puanları	84
4.3.2. Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular	85
4.3.2.1. Cinsiyete Göre Ölçek Puanı ve Beden Kitle İndeksi Puanlarının İncelenmesi	85
4.3.2.2. Yaş Gruplarına Göre Ölçek ve Beden Kitle İndeksi Puanlarının İncelenmesi	86
4.3.2.3. Beden Kitle İndeksi Puanına Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi	87
4.3.2.4. Kardeş Sayısına Göre Ölçek ve Beden Kitle İndeksi Puanlarının İncelenmesi	88
4.3.2.5. Kahvaltı Alışkanlığına Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi	89
4.3.2.6. Öğlen Yemeği Alışkanlığına Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi	90
4.3.2.7. Akşam Yemeği Alışkanlığına Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi	91
4.3.3. Değişkenler Arası İlişkiye Ait Bulgular	91
V. TARTIŞMA.....	93
VI. SONUÇLAR.....	98
6.1. SONUÇ.....	98
6.2. ÖNERİLER	100
KAYNAKÇA	102
EKLER.....	110
EK.1	110
EK.2	111
EK.3	112

EK.4	116
EK.5	117
EK.6	118
<i>ÖZGEÇMİŞ</i>	<i>119</i>



ÖZET

Samet Taşkiran, Bir Ortaokulda Obezite Prevalansı, Anksiyete, Depresyon ve Benlik Saygısı ile İlişkisi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.

Sağlık alanındaki gelişmelerle paralel olarak, tedavi edilmesi gereken hastalıklar sınıfına dahil edilen yeni durumlar da ortaya çıkmaktadır. Bilinen tarihi ile M.Ö. 25000 yıllarından bu yana varlığını sürdüren obezite, uzunca yıllar gösteriş ve ihtişam göstergesi olarak algılanırken, günümüz modern sağlık anlayışında herhangi bir yandaş hastalık ile birlikte görülmesi de tedavi edilmesi gereken önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Tezin genel amacı; obez olan ve olmayan öğrencilerin Sosyal Anksiyete, Depresyon ve Benlik Saygıları açısından bir fark olup olmadığını araştırmaktır.

Obez bireylerin yaşam koşullarında değişen birçok durum, onların stres kaynaklarını artıran bir etki meydana getirmektedir. Bunun sonucu olarak; obez bireylerde Sosyal Anksiyete, Depresyon ve düşük Benlik Saygısı meydana gelmekte ve bu bireyler sosyal yaşama uyum sağlama konusunda güçlük yaşayabilmektedir. Yapmış olduğumuz bu araştırmadaki temel amaç; obezite ile Sosyal Anksiyete, Depresyon ve düşük Benlik Saygısı'nın ilişkisini belirlemektir. Bu hedefle; araştırma evreni, İstanbul ili Bayrampaşa ilçesinde, Mehmet Akif İnan Ortaokulu'nun 1921 öğrencisi, araştırma örnekleme ise; bu öğrenciler arasından seçkisiz belirlenmiş 14 Fazla Kilolu, 81 Normal kiloda, 74 Obez toplam 169 öğrenci ile yürütüldü.

Araştırmada BKİ ölçümlerine dayanılarak elde edilen veriler yaş ve cinsiyet özellikleri de dikkate alınarak, ülkemiz çocuklarına uygun olarak Neyzi ve arkadaşlarınca geliştirilen büyüme eğrileri kullanılarak, 95. Yüzdelik ve üzerinde değere sahip çocuklar obez olarak değerlendirildi.

Obezite prevalansı ile obezitenin Benlik Saygısı, Depresyon ve Sosyal Anksiyete'ye etkisini inceleyebilmek amacıyla tanımlayıcı ve korelasyonel (ilişkisel) tipte planlandı.

Belirlenen bu öğrencilerden, Bilgi Formu, Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği (Yenilenmiş Biçim), Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeklerini doldurmaları istendi.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %52,37'ini (n=1006) erkekler, %47,63'ünü (n=915) kızlar oluşturdu. Bu öğrenciler arasında erkeklerde obezite oranı %14,12 (n=142), kızlarda ise, 11,48 (n=105) genel obezite oranı ise; %12,85 (n=247) olduğu tespit edildi.

Obezite bedensel bir hastalık olmasının yanında ruhsal ve sosyal etkileri önemli bir rahatsızlıktır. Bireyin çevresiyle olan uyumu üzerinde olumsuz etkiler meydana getirmektedir. Bu rahatsızlık, ruhsal bir durumdan kaynaklanabildiği gibi, ruhsal bir

rahatsızlık sonucu da ortaya çıkabilmektedir. Özellikle herhangi bir tıbbi rahatsızlığa bağılı olmaksızın meydana gelen “Basit Obezite” durumlarının yaşam boyu devam edip etmemesi hastaya sunulacak ruhsal, sosyal ve tıbbi danışmanlık ile ilişkilidir. Bu araştırma ile elde edilmiş olan bulgular, daha önce yapılmış olan çalışmalarda elde edilen bulgular ile tartışılmış ve daha sonra yapılacak araştırmalar için tavsiyeler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Benlik Saygısı, Depresyon, Obezite, Sağlık, Sosyal Anksiyete, Sosyal Uyum, Zayıflama,



ABSTRACT

Samet Taşkıran, Prevalence of Obesity in an Secondary School, Relation to Anxiety, Depression and Self-Esteem. Üsküdar University, Institute of Social Sciences, Clinical Psychology Master Thesis, İstanbul, 2018.

Parallel to the developments in the field of health, new situations are emerging which are included in the class of diseases to be treated. With its known history BC While obesity which has been continuing its existence since 25000 years has been perceived as a demonstration of grandeur and prominence for many years, it is seen as an important health problem that should be treated even though it does not coexist with any contagious disease in today's modern health conception. The general aim of the thesis; to investigate whether there is a difference in terms of Social Anxiety, Depression and Self-Esteem of obese and non-obese students.

Many situations that change in the living conditions of obese individuals bring about an effect that increases their stress sources. As a result, social anxiety, depression and low self-esteem in obese individuals, and these individuals may have difficulty in adapting to social life. The main purpose of this research we have done is; the relationship between obesity and Social Anxiety, Depression and low self esteem. With this target; the research universe is located in the province of Bayrampasa in Istanbul, the student of Mehmet Akif İnan Secondary School in 1921, the research sample; These were carried out with a total of 168 students, 14 of whom were overweight, 81 were normal, and 73 were obese.

Using the growth curves developed by Neyzi and colleagues in accordance with the age and gender characteristics of the country based on the measurements of BMI, the children with 95th percentile and above were evaluated as obese.

In order to examine the effect of obesity prevalence and obesity on Self-Esteem, Depression and Social Anxiety, descriptive and correlational type was planned.

These students were asked to fill in the Information Form, Social Anxiety Scale for Children (Refurbished), Children's Depression Scale (CDS) and Rosenberg Self-Esteem Scales.

52,37% (n = 1006) of the students who participated in the study were males and 47,63% (n = 915) were females. Among these students, obesity rate was 14,12% (n = 142) in males and 11,48 (n = 105) in females. 12,85% (n = 247) were found.

Obesity is a physical illness, as well as psychological and social effects. It has negative effects on the harmony with the individual's environment. This disturbance can arise from a mental state as well as a psychological discomfort. It is associated with psychological, social and medical counseling which will be provided to the patient whether or not the "simple obesity" situations that occur particularly irrespective of any medical condition persist throughout life. The findings of this study were discussed with the findings obtained in previous studies and the recommendations for further investigations were presented.

Key Words: Depression, Obesity, Respect for Self, Social Anxiety, , Social
Harmony, Slimming, Health,



KISALTMALAR VE SİMGELER

DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
M.Ö.	:Milattan Önce
M.S.	:Milattan Sonra
Y.Y.	:Yüzyıl
BKI	:Beden Kitle İndeksi
COSI-TUR:	Türkiye Çocukluk Çağı (7-8) Yaş Şişmanlık Araştırması
IOM	:The Institute of Medicine/Amerikan Tıp Enstitüsü
BDA	:The British Dietetic Association/İngiliz Diyetetik Derneği
SB	:Sağlık Bakanlığı
AN	:Anoreksiya Nervosa
BN	:Bulimia Nervosa
YB	:Yeme Bozuklukları
TYB	:Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
OKB	:Obsesif Kompulsif Bozukluk
TUIK	:Türkiye İstatistik Kurumu
ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
BIA	:Biyomedans Analizi
Z	:Biyomedans Analiz Yönteminde Kullanılan Vektöriyel Değerin İfade Edilme Adı
Rz	:İmpedans Rezistans
Xc	:Reaktans Verisi
FA	:Faz Açısı
MR	:Manyetik Rezonans
BT	:Bilgisayarlı Tomografi
DEXA	:Dual-Enerji X Işını Emilimi
RA	:Rölatif Ağırlık
CKK	:Cilt Kıvrım Kalınlığı
VKI	:Quetlet İndeks/Vücut Kitle İndeksi
LDL	:Low Density Lipoprotein/Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
HDL	:High Density Lipoprotein/Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein

FDA	:U.S. Food and Drug Administration/Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
U.S.	:United States/Birleşik Devletler
BDT	:Bilişsel Davranışçı Terapi
KKYT	:Kendi Kendine Yardım Terapisi
DYKVT	:Davranışçı Yöntemlerle Kilo Verme Terapisi
TTM	:Transteoretik Temelli Model
DDT	:Diyalektik Davranışçı Terapi
MEB	:Milli Eğitim Bakanlığı
TSM	:Toplum Sağlığı Merkezleri
PDR	:Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık
AB	:Avrupa Birliği
MEM	:Milli Eğitim Müdürlüğü
KDV	:Katma Değer Vergisi
ÖTV	:Özel Tüketim Vergisi
AIDS	:Acquired Immune Deficiency Syndrome/Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu
KG	:Kilogram
SS	:Standart Sapma
\bar{x}	: Ortalama
SS	: Standart sapma
p	: Anlamlılık düzeyi
n	: Örneklem/gruptaki örneklem sayısı
t	: t değeri
F	: ANOVA istatistik değeri
r	: Pearson korelasyon katsayısı

TABLULAR

Tablo 1. Beden Kitle İndeksi (BKI) Persantil Değerleri (kg/m²)	6
Tablo 2. Çocukluk döneminde BKI'nin Persantil Değerlerine Göre Yorumlanması ..	6
Tablo 3. İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Obezite Polikliniğine Kuruluşunun Ardından İlk 2 Yılda Başvuran Hastaların Dağılımı	10
Tablo 4. Çocuklarda Cilt Kıvrım Kalınlığı'na Göre Persantil Yüzdeleri	25
Tablo 5. Beslenme Dostu Okul Sertifikası Puanlaması	50
Tablo 6. 5. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Prevalansı	61
Tablo 7. 6. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Prevalansı	62
Tablo 8. 7. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Prevalansı	63
Tablo 9. 8. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Prevalansı	64
Tablo 10. Zayıf Öğrencilerin Yaş Düzeyine Göre Dağılımı	65
Tablo 11. Normal Kilolu Öğrencilerin Yaş Düzeyine Göre Dağılımı	67
Tablo 12. Fazla Kilolu Öğrencilerin Yaş Düzeyine Göre Dağılımı	68
Tablo 13. Obez Öğrencilerin Yaş Düzeyine Göre Dağılımı	70
Tablo 14. Cinsiyete Göre Obezite Prevalansı	71
Tablo 15. Örneklem Grubu Öğrencilerinin Sınıf Düzeylerine Göre Dağılımı	73
Tablo 16. Örneklem Grubu Öğrencilerinin Yaş Düzeyine Göre Dağılımı	74
Tablo 17. Örneklem Grubu Öğrencilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı	75
Tablo 18. Örneklem Grubu Öğrencilerinin Kardeş Sayılarına Göre Dağılımı	76
Tablo 19. Örneklem Grubu Öğrencilerinin Kahvaltı Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	78
Tablo 20. Örneklem Grubu Öğrencilerinin Öğlen Yemeği Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	79
Tablo 21. Örneklem Grubu Öğrencilerinin Akşam Yemeği Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	81
Tablo 22. Örneklem Grubu Öğrencilerinin akademik Başarılarına Göre Dağılımı ..	82
Tablo 23. Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler	84
Tablo 24. Ölçek ve Beden Kitle İndeksi Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları	85
Tablo 25. Ölçek ve Beden Kitle İndeksi Puanlarının Çocukların Yaşına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	86

Tablo 26. Ölçek Puanlarının Beden Kitle İndeksine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	87
Tablo 27. Ölçek ve Beden Kitle İndeksi Puanlarının Kardeş Sayısına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	88
Tablo 28. Ölçek Puanlarının Okula Gelmeden Kahvaltı Yapma Durumuna Göre t Testi Sonuçları	89
Tablo 29. Ölçek Puanlarının Öğle Yemeğini Yediği Yere Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	90
Tablo 30. Ölçek Puanlarının Akşam Yemeğini Ailesiyle Birlikte Yeme Durumuna Göre t Testi Sonuçları	91
Tablo 31. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları	91



I. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite, 25000 yıl öncesinden bu yana var olduğu bilinen, vücutta hayati işlevlerin yerine getirilmesine engel olacak şekilde fazladan yağ birikmesidir (SERTER,2003). Genetik bir bozukluğa, hormonal bozukluğa bağlı şekilde gelişen ikincil nedenle ortaya çıkabildiği gibi herhangi bir tıbbi sorun olmadan da meydana gelen basit obezite türleri bulunur. (GÜREL ve İNAN, 2001)

Tedavi, insan yaşamında varlığının çok uzun yıllar öncesine dayandığının bilinmesine rağmen hastalık olarak kabul edilmesi ve kronik hastalıklarla ilişkisi olduğuna Antik Yunan döneminde dikkat çekilmiş ve herhangi bir kronik rahatsızlığa sebep olmasa da tedavi edilmesi gerektiği yaklaşımı günümüz modern tıp anlayışı ile mümkün olmuştur (OKKA ve DURDURAN, 2013; SERTER, 2003).

Yapılan çalışma, obezitenin çocukların yaşantılarına etkisini saptamaya yöneliktir. Obez olan bireylerin günlük yaşam içerisinde kendilerini sınırlandırdıkları ve uyum sağlamak zorunda kaldıkları bir çok durumla karşı karşıya kaldıkları ortadadır. Bu durum bazen kendini sosyal yaşamdan izole etmeye kadar varabilmektedir. Obez bireylerin bu durumlar karşısında neler hissettiklerini anlayabilmek, sosyal yaşamlarına devam etmelerini sağlayarak tedavi motivasyonlarını desteklemek adına önemli ve araştırılması gereken bir konu olarak değerlendirilmektedir.

Düzgün, A. Ve Çakırer, Özservet, Y. (2013)'nin çalışmalarında da, obez bireylerin sosyal yaşamlarında birçok engellilik durumuyla karşı karşıya kaldıkları ve sosyal yaşamlarının içsel ve dışsal nedenlerden dolayı kısıtlandığını belirtmesi yapılan bu çalışmanın önemini destekler niteliktedir.

Tutku, L. (2010)'nin de çalışmasında belirttiği gibi yaşantı ile uyum içerisinde olmak, sağlıklı bir benlik kavramının da temelini oluşturmaktadır. Obez olması nedeniyle yaşantı ile uyumu bozulan bireyler, etkili baş etme yöntemlerini kullanamaz ise; yaşadıkları uyum sorunları nedeniyle ruhsal sorunlar da yaşayabilmektedir. Öz saygılarını yitirebilmekte, sosyal anksiyete hissetmeleri nedeniyle, geri çekilme davranışı gösterebilmekte ve depresif duygu durumu yaşayabilmektedirler. Bunun sonucunda yaşamdan doyum alamayan birer birey olarak yaşantılarına devam etmek zorunda kalabilmektedirler. Bu sebeple obez bireylerin günlük zorlantılı durumlar

karşısında etkili baş etme mekanizmalarını kullanabilmeleri, obez bireylerin hem günlük yaşamlarını uyum içerisinde devam ettirmeleri hem de obezite tedavisi sürecinde motivasyonlarının desteklenmesi için önemlidir.

Bir ortaokulda obezite prevalansı ve obezitenin, Sosyal Anksiyete, Depresyon ve Benlik Saygısı ile ilişkisinin araştırılması ile giderek daha da yaygın hale gelen obezitenin, okuldaki prevalansı hakkında bilgi sahibi olunarak, öğrencilerin bu durumdan ruhsal olarak nasıl etkilendiklerini anlamaya yardımcı olacak bilimsel dayanak ve kaynak sunulmuş olacaktır.

Obezite tedavilerinde sunulan hizmetlerin çoğu, obezitenin ruhsal etkilerini göz ardı etmektedir. Üzerinde çalışma yapılacak olan tez konusu, obezitenin sosyal ve ruhsal boyutunun önemine yönelik olması, üzerinde daha fazla araştırma yapılarak, tedavi süreçlerinde ruhsal boyutun daha fazla önemsenmesi açısından faydalı bir konudur.

II. GENEL BİLGİLER

2.1. OBEZİTE KAVRAMI VE OBEZİTENİN TARİHÇESİ

Obezite; Dünya Sağlık Örgütünc (DSÖ), vücutta işlevlerin sağlıklı bir şekilde yerine getirilmesine engel olacak düzeyde, fazladan yağ birikmesi şeklinde tanımlanmıştır (ERDİM, vd., 2014). Latince’de yemek yeme anlamında kullanılan “obedere” kelimesinin görülen geçmiş zaman hali olan obesus kelimesi ile ifade edilir. Obezitenin farklı yöre ve dönemlerde kimi zaman güzelliğin ve zenginliğin, kimi zamanlarda da gücün, kudretin ve hatta ihtişamın bir göstergesi olduğu gözlenmiştir (SERTER, 2003).

İnsan obezitesinin bundan yaklaşık 25.000 yıl öncesine ait olan Taş Devri eserlerinde, çok fazla sayıda küçük heykelcikle tasvir edildiği görülmüştür. Bunların en ünlü olanı ise “Willendorf Venüsü”dür. Pişmiş topraktan yapılmış olan bu figürde açıkça abdominal obezite ve sarkık göğüslerin varlığı görülmektedir (WILLIAMS ve FRÜHBECK, 2009).

Anadolu’da ise; “Ana Tanrıça” (Mother Goddess) isimli figürde de yine obezitenin tasviri görülmektedir. Bu eser de Neolitik Dönem’e (Milattan Önce (M.Ö.) 5500 - 8000 yılları) aittir (OKKA ve DURDURAN, 2013).

Yemek yeme eyleminin toplumların hayatta kalma, savaşma kabiliyetlerini arttıran ve gücü temsil eden bir yönü olmasının da etkisiyle mutfak insanlık tarihinde önemli bir yer edinmiştir. Mutfak, Arapça’da yemek pişirilen yer anlamında olan “Matbah” kelimesinden Türkçe’ye geçmiş bir kelimedir. Aynı zamanda yiyecek kültürünün tamamını da ifade etmektedir (HATİPOĞLU ve BATMAN, 2014).

Türkler, tarihte yer almaya başlamaları ile birlikte, beslenmeye son derece önem vermişlerdir. Yeme içme sosyal yaşamda her zaman önemli olmuştur. Hatta, Türk idareciler, halkı çıplak ve aç bırakmamayı kendilerine ana ilke edinmişlerdir. Kökleri çok eskiye dayanan, geniş bir coğrafyaya yayılmasıyla zenginleşen ve çeşitlenen Türk Mutfak Kültürü dünya mutfakları arasında en büyük olanlardan biridir (GÜLER, 2010).

Yemek yemenin toplumlar tarafından bu kadar önemsenmesinin de katkısıyla; obezitenin bir sağlık sorunu olmasının kabulü uzun sürmüştür. Önceleri bazı toplumlar tarafından obezite sosyal bir statü göstergesi ve zenginlik olarak kabul edilmiştir. İlk kez Antik Yunanlılar obezitenin tehlikeli hastalıklarla ilişkisi olduğuna dikkat çekmiştir. Hipokrat obezitenin genç ölüme ve kısırlığa sebep olduğunu belirtmiştir (OKKA ve DURDURAN, 2013).

Tarihte Eski Yunan ve Bizans'ta yaşamış bir çok ünlü hekim obezite problemiyle ilgili çalışmalar yapmışlardır. Bunlar; Hipokrat (M.Ö.) 460-370), Galen (Milattan Sonra (MS)129-201), Aulus Cornelius Celsus (MÖ.25-MS45), Dioscorides Pedanius (MS.40-90), Efesli Soranus (MS.98-138), Oribasius (MS.325-400), Amida'lı Aetius (MS.502-575), Traalles'li Alexander (MS.525-605), Aeginal'lı Paul (MS.625-690) ve Theophilus Protospathariusdur (MS.7. Yüzyıl (Y.Y.)) (OKKA ve DURDURAN, 2013).

Tarih boyunca obezitenin tedavisi için farklı hekimler, farklı tedavi yöntemleri kullanmışlardır. Teknolojinin ve bilimin ilerlemesiyle birlikte geçmiş dönemlerde kullanılan bazı tedavi yöntemlerinin yanlışlığı fark edilerek terk edilmiş, bazıları da geliştirilmiştir. Obezite eski dönemlerde herhangi bir sağlık problemine yol açmadığı sürece sorun olarak algılanmıyor, ancak; kişilerin kan şekeri düzeyi, tansiyon ve kolesterol değerlerinde bir anormallik ya da kalp ve damar sağlığı ile ilgili bir sorun yaşaması halinde tedavi edilmesi gereken bir risk etkeni olarak düşünülüyordu. Günümüz modern sağlık anlayışında ise; koruyucu hekimlik anlayışının ön plana çıkmasıyla birlikte, obez olan bireyler herhangi bir yandaş hastalıkla karşı karşıya kalmadan da tedavi hizmetleri sunulmaktadır. Bu sayede kişinin obeziteden kaynaklı bir hastalığa yakalanma ve bu hastalığa bağlı olarak yaşamını yitirme riski ortaya çıkmadan önlem alınmaktadır. Böylelikle kişinin sağlıklı dönemi arttırılmakta ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlanmaktadır. Koruyucu hekimlik sayesinde tedavi için yapılan harcamalar azalmakta, iş gücü kaybının önüne geçilmektedir (SERTER, 2003).

2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİNİN TANIMI ve SINIFLANDIRILMASI

Vücutta fazladan yağ birikmesi olarak tanımlanan obezitenin erken dönemlerde ortaya çıkmasının ilerleyen yaşlarda da kişinin sağlığını etkileyeceği düşünülmektedir. Çocukluk çağında obezite sorunu yaşayan kişilerin %30 kadarının yetişkinlik dönemlerinde de obez kimseler olacağı belirtilmektedir (KÖKSAL ve ÖZEL, 2012).

Çocukluk döneminde yaşanan obezitenin önemli sonuçları arasında; kronik birçok hastalığın erken dönemde ortaya çıkmasına neden olması ve obez çocukların psikolojik sorunlar yaşamaya daha yatkın hale gelmeleri gösterilmektedir. Obez olan çocuklar ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde benlik saygılarında düşüklük, özgüven eksikliği, sosyal anksiyete ve depresyon gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (SATMAN, vd., 2014).

Beden Kitle İndeksi (BKI) ölçülerek obeziteyi belirlemek ve sınıflandırma yapmak kullanılan kolay yöntemlerden biridir. Bu yöntemde kişinin kilosu boyunun karesine bölünmesiyle bir hesaplama yapılır. Ancak; bu hesaplama bize genel bir değerlendirme imkanı sağlamasından dolayı çocukluk çağı obezitesini tespit etmede yeterli olmamaktadır. Daha sağlıklı bir değerlendirme yapabilmek, çocuğun yaş ve cinsiyetinin de hesaba katılmasıyla mümkündür. Persantil eğrileri de bu nedenle kullanılmaktadır. Yapılan bu ölçümlerdeki amaç çocuktaki büyüme hızının normal olup olmadığını izlemektir. Dikkat edilmesi gereken nokta; elde edilen verilerin o topluma uygun olarak hazırlanmış standartlar çerçevesinde yorumlanmasıdır (ÜNAL, vd., 2016). Bu konuda ülkemizde 2008 yılında “Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri” adlı bir çalışma yapılmıştır (Tablo –1) (NEYZİ, vd. 2008). Çocuğun persantil eğrisindeki değeri, onun benzer yaş ve cinsiyetteki 100 çocuğun arasındaki sıralamasını göstermektedir. Örneğin 11 yaşında bir kız çocuğunun ağırlığı 48. Persantilde ise, kilosu aynı yaş grubundaki kız çocuklarının %48’inden fazla %52’den de az anlamına gelir (Tablo – 2) (SATMAN, vd., 2014; NEYZİ, vd. 2008).

Tablo 1 Beden Kitle İndeksi Persantil Değerleri (kg/m²)

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

Tablo 2. Çocukluk Döneminde BKİ'nin Persantil Değerlerine Göre Yorumlanması

Durum	BKI Persantil Değeri
Zayıf	< % 5
Normal Kilolu	%5 – 85
Fazla Kilolu	%85 – 95
Obez	>%95

2.2.1 Çocukluk Çağı Obezitesinin Ortaya Çıkışı

Bebeklik ve çocukluk döneminde beslenme, hem bedensel hem de zihinsel gelişmenin hızlı olması nedeniyle son derece önemlidir. Çocukların beslenmeleri çocuğun yaşı, cinsiyeti, kilosu ve günlük fiziksel hareketlilik durumu göz önüne alınarak planlanmalıdır (ÖZİLBEY, 2013).

Beslenmenin yetersiz olması halinde, büyüme ve gelişme yavaşlayabilmekte ve hatta durabilmektedir. Bu durumda yaşam boyu sürecek bir takım hastalıklar ortaya çıkabilmektedir. Böyle bir olumsuz durumla karşılaşmamak için çocukların dengeli ve yeterli beslenmeleri büyük önem taşımaktadır. Yeterli beslenme ile vücut sistemlerinin sağlıklı çalışmasını sağlayacak miktarda enerji alınmasını, dengeli beslenme ile vücut sistemlerinin sağlıklı çalışması için ihtiyaç duyduğu enerjinin alınmasıyla birlikte vücudun ihtiyaç duyduğu besin öğelerinin gereken miktarlarda alınması belirtilmektedir (ATAMTÜRK, 2009).

Bu dengenin bozulması ve kronik aşırı beslenme tarzı obezitenin önemli sebeplerinden biridir (AYGÜN, 2014).

2.2.2. Ülkemizde Çocukluk Çağı Obezitesi

Obezite sorunu yaşayan çocukların tespit edilmesi amacıyla, hem ülkemizde hem de dünyada yapılmış farklı çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin DSÖ'nün Avrupa Birliği Bölgesi üye ülkelerinde okul çağı çocuklarının obezite sorununu tespit etmek için 2010 yılında yaptığı araştırmada; çocukların %40'ının normalin üzerinde kiloya sahip olduklarını, %15'inin de obezite sorunu yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (ŞIK, 2017).

Ülkemizde de çocukluk dönemi obezitesinin Avrupa bölgesindeki ülkelerle benzerlik gösterdiği söylenebilmektedir (ÖNAL ve ADAL, 2014). Ülkemize ait, okul çağı çocuklarının obezite prevalansını araştırmak amacıyla bölgesel farklı çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalar sonucunda ülkemizde çocukluk çağı obezitesi prevalansı %9 ile %27 arasında bildirilmektedir (SAVAŞHAN, 2015).

1983-1985 ile 1999-2003 ve 2013 senelerini kapsayacak şekilde yapılmış otuz senelik dönemde, 11-12 yaş Türk Çocuklarının sahip olduğu bazı fiziksel değerlerinin

otuz yıllık değişimi incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda çocukların fiziksel güce bağlı yeteneklerinde kayıplar saptanmasının yanında, çocuklarının vücut ağırlıklarının, deri altı yağ tabakasının ve BKİ'nin arttığı bildirilmiştir. Bu bulgular ışığında kayba uğramış olan fiziksel özelliklerin kazanımına yönelik okullarda eğitim tedbirlerinin alınması, çocukların gelişimlerinin ve beslenme alışkanlıklarının izlenmesi önerilmiştir (HASLOFÇA, vd., 2017).

Ülkemizde yapılmış başka bir araştırma olan “Türkiye Çocukluk Çağı (7-8) yaş Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR) 2013”de elde edilen verilere göre; 7-8 yaşlarındaki çocukların %14,2'si fazla kilolu iken, obez olanların oranı ise; %8,3 olarak bildirilmiştir (ERDİM, vd., 2015).

2.3. ÇOCUKLUK ÇAğI OBEZİTESİNİN NEDENLERİ

Obeziteyi ortaya çıkış nedenlerine göre 3 ana başlık altında sınıflandırmak mümkündür. Bunlar; genetik bir bozukluk ile birlikte olan obezite, hormonal bozukluğa bağlı ikincil obezite ve basit obezitedir. Obez çocukların çok büyük bir bölümünde altta yatan herhangi bir tıbbi sorun yoktur ve bu grupta yer alan obezite, basit obezite olarak adlandırılır (GÜREL ve İNAN, 2001).

Herhangi bir genetik ve hormonal bozukluğu olmadan obezite problemi yaşanmasına etki eden bir çok faktör yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur.

2.3.1. Çocukluk Çağı Obezitesi Oluşumuna Katkıda Bulunan Faktörler

Yapılan çalışmalarda elde edilen bilgiler, obezitenin tek bir nedene bağlı olmadığını ve bu sebeple de tek bir nedene odaklanarak onu değiştirme girişimlerinin kısıtlı bir başarı sunduğunu göstermektedir (BEŞİKCI, 2010). Obezitenin oluşumuna katkıda bulunan faktörlerin fazla olması tedaviyi de son derece zor ve karmaşık bir hale getirmektedir (AKBAŞ, vd., 2013).

Bu nedenle obezite ile mücadele kapsamında yapılacak olan çalışmaların tümünün, farklı disiplinlerin bir araya gelmesiyle oluşturulan bir yaklaşımla yapılması önem arz etmektedir.

2.3.1.1. Genetik

Çocukların biyo-psiko-sosyal, entelektüel ve moral gelişimleri çevresel faktörlerden etkilendiği gibi genetik faktörlerden de etkilenmektedir (BERTAN, vd., 2009). Obez olan ebeveynlerin çocukları, obez olmayan ebeveynlerin çocuklarına göre daha fazla obezite riski taşımaktadır. Ebeveynler araştırıldığında, çocuğun obez olma ihtimalini babanın obez olması %80, anne veya babadan birinin obez olmasının %50 arttırdığı görülmüştür. Çocuğun, hem anne hem de babasının obez olmaması halinde, çocuğun obezite riski %9 olarak bildirilmiştir (ÖZİLBEY, 2013). Kanada'da 15245 kişi üzerinde yapılmış bir çalışma ile ailesel riskin genel Kanada toplumundan 5 defa daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (CAN, 2011).

Ülkemizde de obezite üzerine yapılan farklı çalışmalar bulunmaktadır. Ankara'da bir ilköğretim okulu ile lisede yapılan çalışmada; belirlenen obez çocukların aile ve akrabalarında %90,3 oranında obezite öyküsü tespit edilmiştir. Böyle yüksek bir oranda aile öyküsü tespit edilmesi çalışmaya katılan çocukların genetik olarak obeziteye yatkın olabilecekleri değerlendirilmiştir (ŞİMŞEK, vd., 2005).

Bu bilgilere ek olarak kişinin obez olması yalnızca genlere bağlı değildir. Yaygın obezite türlerinde hem genetik hem de çevresel faktörlerin etkileşiminin rol oynadığı düşünülmektedir (SÖZEN, 2006).

2.3.1.2 Yaş

Obezitenin tüm yaş aralıklarında görülmesiyle birlikte, yaş aralıkları ile obezitenin paralel şekilde arttığı görülmüştür. Vücutta bulunan yağ dokularının hızlı arttığı dönemler olan yaşamdaki ilk 5 yıl ve ergenlik döneminde obezite daha yaygın olarak görülmektedir. Sağlık Bakanlığı (SB) obeziteyi, özellikle çocukluk çağında en fazla görülen kronik hastalıklar arasında kabul etmiştir (CAN, 2011).

Doğum sonrası ilk 12 aylık süreçte yağ hücrelerinin büyüklüğünün yaklaşık 2 kat artmasına rağmen, bu dönemde görülen obezitenin, ilerleyen yıllarda da devam edip

etmeyeceği için iyi bir veri değildir. Bebeklik dönemlerinden itibaren başlamış olan obezitenin ilerleyen dönemlerde normal sınırlara gerilemesi mümkün olabilirken 5-6 yaş sonrasında ve ergenlik döneminde başlamış obezitenin yetişkinlik döneminde devam etme riski daha yüksektir (ÖZTORA, 2005).

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Obezite Polikliniği'nin kurulmasının ardından ilk 2 yıl bu polikliniğe başvuran hastaların dağılımları incelendiğinde; yaş aralıklarına göre dağılım Tablo – 3'de gösterildiği gibidir (AKBAŞ, vd., 2013).

Tablo 3. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Obezite Polikliniğine Kuruluşunun Ardından İlk 2 Yılda Başvuran Hastaların Dağılımı

Yaş Aralığı	Başvuru Yapan Hasta Sayısı	Başvuru Oranı
18 -29	35	% 13
30 – 49	141	%50
50 – 64	91	% 33
65 +	13	% 5

2.3.1.3. Cinsiyet

Obezite hem erkeklerde hem de kadınlarda görülebilmektedir. Ancak; vücut ağırlıkları birimi içinde kadınlar erkeklere göre daha çok yağ içerirler. Kadınlardaki bu yağ fazlalığı hamilelik ve doğum yapmakla ilişkilendirilebileceği gibi yaşamın devamlılığında önemli etkiye sahip olan östrojenin yağ dokularını artırma özelliğiyle de ilişkili olabilmektedir (CAN, 2011 – ÜNAL, vd., 2010).

Çocukluk döneminden erişkinlik dönemine geçişin başlangıcında, kadınlarda fizyolojik olarak, erkeklerden farklı olarak, östrojen hormonu etkisiyle vücutta bulunan yağ dokularının oranı, kas kütlesi oranına göre artar. Bu artışa gebelik ve menopoz gibi birtakım olaylar da etki eder. Menopoz geçiş, vücut yağ dağılımı üzerine açıkça etki ederken, çalışmalardan bazıları özellikle karın içi yağlanmanın menepoz dönemine geçiş ile alakalı olduğunu göstermektedir. Obezitenin toplumsal cinsiyete etkilerini

inceleyerek, obezite ile cinsiyet farklılıklarını açıklamaya ve obezitenin daha iyi anlaşılabilmesine yardımcı olmak amacıyla yapılmış çalışmalar mevcuttur. Kadınlarda obezite, gebelikte yaşanabilecek sorunları arttırabilmektedir. Gebelikte kilo almak önemli bir sorundur. The Institute of Medicine/Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM) obezite problemi olan kadınların, gebelikte birlikte 5 ila 9 kg almalarının, The British Dietetic Association/İngiliz Diyetetik Derneği (BDA) ise; en fazla 6 kg almaları gerektiğini bildirmiştir (ERGİN, 2014).

Cinsiyetler arası obezite sıklığı ülkelere göre oldukça farklıdır. Bu fark, Orta Doğu ile Kuzey Afrika benzeri gelişmekte olan ülkelerde daha çoktur. Gelişmiş ülkeler sınıflamasında yer alan ülkelerde, erkeklerde obezite oranı, kadınlarda görülenden daha fazladır (AKBAŞ, vd., 2013).

Ülkemizde yapılan obezite görülme sıklığı çalışmalarında, kadınlarda obezite oranı erkeklerde görülenden daha fazla bulunmuştur. Erkeklerde obezite oranı ortalama %21,2, kadınlarda ise; %41,5'e kadar çıkabilmektedir (ERGİN, 2014).

Obezite polikliniklerine başvuru yapan hastaların incelendiği bir başka çalışma sonucunda; toplam başvuru yapan 280 hastadan, 249'unun (%89) kadın hastalardan oluştuğu belirlenmiştir (AKBAŞ, vd., 2013).

2.3.1.4. Beslenme Alışkanlıkları

Erken dönem beslenme biçiminin, çocuğun yetişkinlik dönemindeki kilo alımı ve obezitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Çocukluk çağı obezite oranlarına bakıldığında, bebeklik döneminde anne sütü almamış çocuklarda, anne sütü alan çocuklara göre iki kat fazla obezite olduğu bildirilmiştir. Obez çocuklar üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise; anne sütü alanların oranı %25, hazır formül mamalar ile beslenenlerin oranı %68, anne sütü ile birlikte hazır formül mamalar ile beslenenlerin oranı %7 olarak bildirilmiştir. Çocuğun hazır mamalar ile beslenmesinin ve ek besinlerin beslenmeye erken dahil edilmesi obezite riskini arttırmaktadır. Okul çağı çocuklarında bebeklikte olduğundan farklı olarak; besin seçimleri reklam, arkadaş çevresi, medya aracılığıyla kendisi tarafından yapılmaya başlanır. Çocuklarda moda olan tercihlerden kolaylıkla etkilenme ve tercihlerini buna uygun yapma eğilimleri vardır (ARLI, vd., 2017).

Şeker ve şeker içeren yiyecekleri tavsiye edilen porsiyonlardan daha fazla tüketen çocuklarda toplamda alınan enerji miktarı artmaktadır. Bunun sonucunda vücut ağırlığı da artmaktadır. Şeker tüketiminin artmasıyla BKİ değerlerinin de artış gösterdiği belirlenmiştir. Bu sebeple çocukların şeker ve şeker içeren ürün tüketimlerinin sınırlandırılması ve bunun için işlevsel öneriler geliştirilmesi, yetişkinlik dönemi obezitesi ve bağlı kronik hastalıkların önüne geçilebilmesi için değerlendirilmelidir (KÖKSAL ve KARAÇİL, 2014).

Bazı çalışmalarda, çocukların; yemek seçimi, beslenme tarzı ve kilo yönetimlerinde arkadaş etkisinin varlığı bildirilmiştir. Kişinin yeme davranışı ve beslenme ile ilgili düşünceleri, davranışları ve duygularını meydana getiren yönelimi yeme tutumu olarak ifade edilebilir. Ergenlik dönemi etkisiyle bedende meydana gelen hızlı değişimler, bedene gösterilen ilginin artması, zayıf ya da kaslı olma idealinin görülmeye başlanması gibi etkenler yeme tutumunu ve beslenme alışkanlıklarına yön verebilmektedir. Beden görünümüne artan yoğun ilgi, yeme tutum ve davranışlarında anormalliklere ve daha da ileri boyutta başta Anoreksiya Nervoza (AN) ile Bulimia Nervoza (BN) gibi çeşitli yeme bozuklukları gelişimine sebep olabilmektedir (AYTİN, 2014; SERT ve TEMEL, 2017).

2.3.1.4.1. Yeme Bozuklukları (YB)

YB tarihi M.Ö. 400'lü yıllara kadar dayandığı, ortaçağ azizlerinin kendilerini diyet yaparak açlık durumuna getirdikleri bilinmektedir. YB'nin literatüre girmesi 1859 senesine ve hastalıklar arasında kabul edilmeye başlanması ise 17. İle 19. Y.Y. aralığına denk gelmektedir (AYTİN, 2014).

Kilolu kişilerin yaşlı göründükleri, ince ve zarif olmanın daha çekici olduğu yönündeki moda bakış açısı öncelikle kızlarda zayıf kalma ve ince olma arzusunu doğurmuştur (ERTAŞ, 2006).

YB ile yeme eylemine karşı bütün bozuklukları bir başlık altında toplayan, bu hastalıkları anmak amacıyla ifade edilen genel bir tanımlama yapılmaktadır. YB'nin sebepleri arasında aile ilişkileri çoğunlukla yer almaktadır. BN tanılı pek çok hastanın aile öyküleri incelendiğinde, problemler aile ilişkileri dikkat çekmektedir. Bazı hastalar

ebeveynlerini “reddedici ve uzak” olarak tanımlarken, bazı hastalar da yakın fakat problemlili ilişkilere işaret etmektedir (TOKER ve HOCAOĞLU, 2009).

YB; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı IV. versiyonunda (DSM-IV). üç ana başlık altında sınıflandırılmış iken, DSM-5’te ise; diğer pek çok tanı kriterlerinde olduğu gibi değişiklikler yapılmıştır. DSM-5’te YB başlığı, “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” şeklinde değiştirilmiştir. Aynı zamanda yelpazesi de genişletilmiş ve sekiz ana başlıkta sınıflandırılmıştır (VARDAL, 2015).

2.3.1.4.1.1. Anoreksiya Nervoza (AN)

Yeme bozuklukları ve içlerinde AN çekilen ruhsal acının bedensel olarak kendini ortaya koyduğu, psikiyatri servislerinde ölümle sonuçlanma oranı en çok olan, gün geçtikçe artan ve en çok korkulan hastalıktır (BİLEN, 2017).

AN’da görülen başlıca özellik; kişinin normal olarak değerlendirilen beden ağırlığının en alt sınırındaki ağırlıkta bir bedeni reddetmesi, kilo alımından aşırı korkması ile beden şekli veya boyutunu algılamada bariz bozukluk göstermesidir. Ayrıca, bu bozukluğa sahip kadınlarda ilk adetleri sonrasında amenore (adet görmeme hali) gözlenir. Kişinin yemeyi reddetmesi meydana gelen zayıflama yaşamı tehdit edici bir boyuta ulaşabilir. Kişinin kendisine zarar verecek düzeyde “zayıf” olma arzusu ile beden algısındaki bozulmayla karakterize bir durumdur (EKER, 2006).

2.3.1.4.1.2. Bulimia Nervoza (BN)

BN; tekrarlayan, aşırı miktarda yemek yeme atakları ile karakterize yeme bozukluğudur. Yaşanan yeme atakları sırasında, kişi yeme davranışı kontrolünü kaybederek, fazla kalorili, sıklıkla karbonhidrat ve içeriğinde yağ olan, sindirimi basit yiyecekleri (dondurma, çikolata, kek vb.) neredeyse yutarcasına, çiğnmeden yer. Yeme atağının ardından kişide suçluluk duyguları ve depresyon gibi rahatsızlık verici duygular meydana çıkar. Zaman zaman da kişi kustuktan sonra kendini iyi hisseder. Nöbetler aniden ortaya çıkabileceği gibi önceden de planlanabilir. Bu nöbetlerin yanında kişide kilo alımına engel olmak amacıyla; isteyerek ya da istemeden kusma, devamlı ve fazla fiziksel egzersiz, laksetif ve diüretiklerin kötüye kullanımı gibi

davranışlar görülebilmektedir. Anoreksik hastalardan farklı olarak bu kişiler normal kilo sınırlarında olabilmektedirler. Diğer yandan bulimiklerin kendilerini değerlendirmeleri yalnızca beden biçimlerinden ve ağırlıklarından etkilenir. Bu tanıyı alması için, kişinin üç ay süreyle ortalama haftada iki defa tıknırcasına yeme davranışı ve ardından uygun olmayan dengeleme davranışının gerçekleşmesi gerekmektedir (EKER, 2006).

2.3.1.4.1.3. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)

Pek çok yönden BN ile benzerlik göstermektedir. Ancak; farklı olarak, tıknırcasına yeme atakları sonrasında kilo almayı engelleyici davranışlar görülmez. Bu bozukluğa sahip bireyler kiloludurlar. Vücutlarını beğenmemelerinin yanı sıra aşırı yemelerinden dolayı utanç duyarlar. Sıklıkla tipik şekilde diyet yapma, kilo kontrol programlarına dahil olma ve aile bireylerinde obezite varlığına ilişkin öyküleri vardır. Genel nüfusun %2'si bu bozukluğu yaşamaktadır (ÖZSOY, 2016).

TYB farklı derece obezite ile birlikte görülmektedir. Daha çok kadınlarda görülür. TYB'na sahip kişilerin %65'ini kadınlar oluştururken, %35'ini erkekler oluşturmaktadır. Obezite sebebiyle tedavi için başvuran kilolu kadınlarda daha sıktır (ANNAGÜR, vd., 2012).

Bu bozukluğu yaşayan bireylerde yüksek oranda anksiyete, depresyon, alkol kötüye kullanımı ile kişilik bozuklukları görülebilmektedir (ÖZSOY, 2016).

2.3.1.4.1.4. Pika

Pika kompulsif bir yeme bozukluğu olarak, yüzyıldan fazla zamandır bilinmektedir. Dünya çapında her coğrafi bölge, ırk, cinsiyet ve yaşta görülebilen bir sağlık sorunudur. Toplumlardaki asıl yaygınlığı bilinmemektedir. DSM-IV'te en az bir aydır devam eden, gelişim dönemine uygun görülmeyen ve kültürel açıdan da kabul edilemez maddelerin yenmesi olarak açıklanır. Pek çok durumda pika teşhisine anemi, bağırsak bozuklukları, inatçı laboratuvar değerleri ile açıklanamayan kilo artışı eşlik edebilir. Bebekler, organik beyin hasarı hastaları, psikotik hastalar, bazı kültürler, emzikli kadınlar ve gebeler riskli gruplar olarak görülmektedir. (ÇADIRCI, 2015)

Yenilen maddelere göre; pagophagia (buz ve türleri), plumbophagia (boya grubu), cautoypreiophagia (yanık gıda dışı madde), tricophagia (saç),geophagia (kil),

coprophagia (dışkı), litophagia (taşlar), geomelophagia (çiğ patates) şeklinde adlandırılmıştır. Pika, doğal toksisite meydana getirmesi (kurşun zehirlenmeleri), etkilere sahip olması (intestinal obstrüksiyon/bağırsak tıkaçıcı), fazla kalori alınmasına sebep olması (amylophagia/nişasta ve nişastalı gıdalara aşırı düşkünlük) ve meydana gelen düşük kalori içeren maddelerle midenin doldurulması nedeniyle kalori açığına sebep olması nedeniyle zararlı etkilere sahiptir (ÇADIRCI, 2015).

Pika'da tedavi yaklaşımı, altta yatan soruna bağlı olarak belirlenir. Otizm, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), depresyon, şizofreni ve çocuklarda psikofarmakoterapi kuralları uygulanmalıdır (ÇADIRCI, 2015).

2.3.1.4.1.5. Ruminasyon/Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

Bu bozukluğu yaşayan kişilerde; en az 1 ay sürede tekrarlayan bir biçimde bulantı, istemli olmayan öğürme veya iğrenme durumu olmadan yutulan besinlerin çıkarılarak (regürjitasyon), çıkarılan besinin tekrar çiğnenerek yutulması veya tükürülme davranışı görülür. Pilon stenozu ya da gastroöfageal reflü ile ilişkili olmayan bir rahatsızlık halidir. Bu bozukluğa sahip kişiler, bu rahatsızlığı her gün veya en az haftanın birkaç günü bu davranışı gösterirler. Başlama yaşı sıklıkla bebeklik döneminin 3 ve 12 aylarıdır. Ruminasyon ve regürjitasyon davranışları kişinin kendisini rahatlatması veya uyarmasına aracılık ederler. Bu rahatsızlığın ortaya çıkmasına sebep olarak; çocuklarda uyaran eksikliği, stresli hayat koşulları, çocuğun duygusal ihmali gibi psikososyal problemler ile bakımveren-çocuk ilişkisinde yaşanan problemlerin etkili olduğu değerlendirilmektedir (DSM-5).

2.3.1.4.1.6. Kaçınan-Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

Yemek yemeye ya da gıdaya ilişkin ilgide kayıp, gıdaların kokuları ve görünüşleri gibi duyuları etkileyen özelliklerine karşı kaçınan davranma ve yemek yemenin sevilmeyen etkilerinden endişe etmek gibi beslenme ya da YB görülmektedir. Bu davranışların sonucu olarak da; kişide bariz kilo kaybı, beslenmenin yetersizliğinde belirginlikler, ağızdan ya da damar yolu aracılığıyla beslenme desteğine bağımlılık ve sonucunda psikososyal işlevselliğin ileri düzeyde bozulması görülmektedir (DSM-5).

2.3.1.4.1.7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Bu bozukluğa sahip olan kişiler DSM-5 tanı kriterlerine göre; AN tanılmasına uyar ancak; beden ağırlıkları normal olağan sınırlar içerisinde olan, BN tanısına uyar ancak; tıkmırcasına yeme atağı ve sağlık için uygun olmayan dengeleme davranışlarının haftada birden daha seyrek veya üç aydan daha kısa zamanlı görülen ve gece yeme sendromu yaşayan, büyük porsiyonlarda yiyecekleri devamlı çiğneyerek yutmadan tüküren kişilerdir (DSM-5).

2.3.1.4.1.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Yeme bozuklukları beden ağırlığına ilişkin takıntı, beden şekli ile ilgili negatif düşünceler ve bununla birlikte duygulanımda da meydana gelen bozuklukların izlendiği özel bir hastalık grubu şeklinde açıklanır. Psikiyatrik hastalıklar içerisinde ölüm oranlarının fazla olduğu bir hastalık grubudur. Farklı toplumlardaki sıklığının farklı oranlarda olduğu görülmesinin yanında özellikle AN ile BN sıklığı gelişmiş ülkelerde her geçen gün artmaktadır. Günümüz genç nüfusunda, YB yanında, tanı kriterlerini karşılamayan, sağlıksız beslenme alışkanlıkları sıklıkla görülebilmektedir. YB tüm dünyada hızlı bir şekilde artmakta ve ülkemizde de benzer bir eğilimden bahsedilmektedir (BÜYÜK ve DUMAN, 2014).

2.3.1.4.1.9. Gece Yeme Sendromu

Bu kişiler uykudan uyanarak yemek yer veya akşam yemeğinden sonraki zaman diliminde fazla miktarlarda besin tüketerek gece yemek yeme dönemleri yaşarlar. Kişi yemek yediğinin farkında olur ve yemek yediği zamanları anımsayabilir. Kişilerin uyku ve uyanıklık döngülerindeki değişimler veya yerel ve toplumsal değerler gibi dışsal etkilerle açıklanamaz. Bu kişiler bir günlük zaman diliminde toplam aldıkları besinlerin en az %25'lik kısmını akşam yemeği öğününün ardından alır veya haftada minimum 2 gece yemek yeme davranışı görülür. Kişilerin işlevsellikleri bu durumdan belirgin biçimde etkilenir ve sıkıntı yaşadıkları gözlenebilir. Sabah anoreksisi görülür (DSM-5).

Gece geç vakitlerde alınan kalorinin gün içerisinde harcanamaması obezite için risklidir.

2.3.1.5. Fiziksel Aktivite

Halk sağlığının korunması açısından çocukluk ağı obezitesinin önüne geçilmesi dikkatle üzerinde çalışılması gereken bir konudur. Fiziksel aktivitede bulunmanın obezite gelişimini önlemede yardımcı olduğu bilinmektedir. Bu nedenle ocuk ağı obezitesinin gelişmesine engel olmak için fiziksel aktivite ve sportif faaliyetlerin önemli unsurlar olduğu söylenebilir. Obezite gelişimine engel olmak ya da obez olan bir kişinin yaşaması muhtemel sağlık sorunlarının minimum düzeyde tutabilmede vücutta bulunan yağ oranının düşürülmesi önemlidir. Bu da ancak harcanan enerjinin, alınan enerjiden fazla olmasıyla mümkündür. Fiziksel aktivite ve sportif faaliyetlerin, vücut yağ miktarını düşürmede ve obeziteye engel olabilmede etkili olabilmesini sağlayan da vücudun enerji düzeninde meydana getirdiği değişikliklerdir. Bu sayede vücut daha önce depolanmış yağları enerji için tketererek yağ miktarının azalmasını sağlayabilmektedir. Diğer yandan, düşük yoğunluklu egzersizlerin uzun sreler yapılması verilen kiloların korunmasına katkı sağlamaktadır (HEKİM, 2015).

Fiziksel aktivitelerin az olması, besin tknetimi aşırı olmayan çocuklarda dahi obeziteye sebep olabilmektedir. Aktivite düzeyi düşük çocuklarda obezite hızının yüksek olduğu farklı çalışmalarla gösterilmiştir. Meksika'da yapılmış bir çalışmaya göre; günde yapılan 1 saatlik orta yoğunlukta fiziksel aktivitede bulunmanın çocuklarda obezite riskini %10 oranında düşürdüğü gösterilmiştir (ÖZTÜRK ve AKTÜRK, 2011).

Bunlar göz önüne alındığında, çocukluk ağı obezitesi ile yapılan mücadele programlarında egzersizlerin düşük yoğunlukta ve uzun sreler uygulanan programlar olması tavsiye edilebilir (HEKİM, 2015).

2.3.1.6. Sosyoekonomik Kültürel Düzey

Obezitenin görülme sıklığı ülkelere ve gelişmişlik düzeylerine göre farklılıklar gösterebilmektedir. Gelişmiş ülkelere baktığımızda; düşük sosyoekonomik seviyedeki bireylerde daha fazla görülürken, gelişmekte olan ülkelerin yüksek sosyoekonomik seviyedeki insanlarında daha fazla görülmektedir. Ülkemize baktığımızda obezite, daha çok yüksek ve orta sosyoekonomik seviyedeki insanlarda daha fazla görülmektedir. Anne ve babanın sahip olduğu eğitim seviyesi ve mensubu oldukları mesleklerin obezite

ile ilişkisi için birbirinden farklı fikirler olsa da, güç yaşam şartları ve olumsuz koşullarda yetişen çocukların obez olma riskleri daha yüksektir (LİMLİNİ, 2010).

Sosyo-ekonomik seviyesi yüksek olan ailelerde, çocuklar fazla besin tüketimi sebebiyle kilo alırken, sosyo-ekonomik seviyesi düşük ve kalabalık yaşayan ailelerin çocukları ise, dengesiz beslenme sebebiyle şişmanlamaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı olmayan, özellikle okula başlamış çocuklar ve gençler şeker ve/veya yağ içeriği yüksek olan fast-food tarzı besinleri yemeklerinde tercih etmeye daha eğilimlidirler (LİMLİNİ, 2010).

2.3.1.7. Psikolojik Etkiler

Obezite, yalnızca bedensel hastalıklarla ilişkili bir hastalık değildir. Bu nedenle de bedensel etkilerinin yanında bir çok psikolojik soruna da yol açmaktadır. Kişide psikolojik sorunlara yol açan ve topluma uyumu güçleştiren etkileri mevcuttur. Yapılan bazı çalışmalarda intihar girişimlerinin obez olma durumlarında arttığı öne sürülmektedir (UZUN, 2014).

Obezite çocukların depresyon düzeyleri ve özgüvenlerini olumsuz yönde etkilemektedir (DALLAR, vd., 2006). Obez çocuklarda ve ergenlerde duygusal ve psikososyal sorunlara çok sık karşılaşılır. Bu sorunlardan; depresyon, alt ıslatma, anksiyete gibi psikopatolojik bulgular gözlenmektedir. Bunların yanında öfke krizleri, özgüvende düşme, bedenlerine karşı aşağılama ve bedenlerini beğenmeme, diğer insanların kendisinden iğrendiği düşünceleri, sürekli olarak dışlanma hissi ve kendini olumsuz algılama ve bunların sonucu olarak, toplumsal uyumda güçlük, sosyal işlevlerini yerine getirememe, içe kapanma hali ve akranlarıyla ilişki kurmaktan kaçınma gibi sosyal sorunlara sıklıkla rastlanmaktadır (ERGÜL ve KALKIM, 2011).

2.3.1.8. Erken Çocukluk Döneminde Çocuğun Bağlanması

İnsan yavrusu, dünya üzerinde diğer canlı türlerine baktığımızda, çok daha fazla zaman anne ve babasının direkt desteğine ihtiyaç duyar. İnsanın bu ihtiyacı, birlikte yaşamak için olan eğilim ve ihtiyacı, daha da önemlisi bağlanmaya olan ihtiyacı açıklayabilmektedir (SOYSAL, vd., 2005).

Bebeğin dünyaya geldiği ilk dakika anne bebek arasında sağlıklı bağlanmanın oluşturulabilmesi için çok büyük önem taşımaktadır. İlk dakikalarda kurulan bu bağ bebeğin gösterdiği ilk sosyal davranışlarla daha da kuvvetlenir (KARAKULAK, 2009).

Bowlby “Bağlanma Kuramı”nı ortaya koyarak, bu ilişkinin detaylı incelenmesi ile çocuklarda ve yetişkinlerde karşılaşılan psikopatolojik sorunlarla ilişkisinin kurulmasına öncülük etmiştir. Bowlby’e göre anne ile çocuğun arasında oluşan güvenli bağlanma ilişkisi, çocuğun psikolojik gelişiminin sağlıklı olmasını sağlar (TÜZÜN ve SAYAR, 2006).

Güvensiz bağlanma gerçekleştirmiş olan çocuklar ise, diğerleri tarafından dışlanmaktan, kendilerine olan güvensizlikten ve kabul edilmemekten duydukları korku sebebiyle arkadaşlık ilişkilerinde aktif rol almazlar (KIRIMER, vd., 2014).

Güvensiz ya da uygun olmayan bir bağlanma gerçekleştirmiş olmanın belirtilerinden biri de iştah problemidir. Çok ya da az yemek de güvensiz bağlanmanın göstergelerinden biri olabilir. Burada çocuğun sağlıklı gelişimini desteklemek için önemli olan unsurlardan biri de, çocuğun yapıp ettikleri ya da vücut yapısı nedeniyle utandırılmamasıdır (ÖZMERT, 2006).

Bebeğin temel bakımını veren kişinin kaybedilmesi ya da bir şekilde bakım verenin bebek ile sağlıklı bağlanma kuramaması majör depresyona neden olabileceği düşüncesi üzerinde durulmaktadır (ÇALIŞIR, 2009).

Psikoanalitik teoriler çok fazla yemenin şiddetli takıntılı motive etme özellikleri taşığını kabul eder ve çok fazla yemeyi, depresyon ve anksiyete ile işlevsel olmayan bir baş etme çabası olarak görür. Uzun süren vücudun ihtiyacı üzerindeki yemek yeme ve fazla enerji alınması sonucunda, sağlığın bozulmasına neden olacak miktarda vücutta yağ depolanır ve obezite meydana gelir (ÖZGÜR, vd., 2008).

2.4. OBEZİTE PREVALANSI

Son birkaç on-yılda, obezite prevalansı hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde daha da ciddileşerek artışını devam ettirmektedir. Yapılan araştırmalar çocuklarda görülen obezitenin iki kat, gençlerde ise üç kat daha arttığını rapor etmektedir (IRMAK, vd., 2011).

2.4.1. Dünyada Obezite Prevalansı

Bugün obezite için uluslararası salgın demek abartılı olmayacaktır. Bu artış sadece yetişkinlerde değil, çocuklarda da hızla ilerlemektedir. İnsanlığa etki eden hastalıklardan hiçbir tanesi obezite kadar yaygınlık göstermemiştir. Bu yönüyle obezite, tüberküloz, veba ve Acquired Immune Deficiency Syndrome/Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (AIDS) benzeri enfeksiyöz bir sebepten kaynaklı hastalıklardan farklı bir biçimde yaşam tarzı, toksik kimyasallar, yeme alışkanlıkları gibi değişik faktörlere bağlı olarak gelişmektedir (ALTUNKAYNAK ve ÖZBEK, 2006).

Avrupa'da yaşayan çocukların %20'si normal sınırlardan fazla kiloya sahiptir. Bu çocuklarında 1/3'ü obezdir. Ergenlik öncesi dönemde fazla kiloya sahip çocukların yetişkinlik döneminde de fazla kiloya sahip olma risklerinin olduğu bilinmektedir (IRMAK, vd., 2011).

Amerika'da 6-17 yaş aralığındaki çocuk ve genç nüfusun %20'si normal üstü kilodur. 2-5 yaş aralığındaki çocuklarda hafif şişmanlık görülme sıklığı %5'ten %13,9'a; 6-11 yaş aralığındaki çocuklarda, %6,5'ten %18,8'e ve 12-19 yaş aralığında %5'ten %17,4'e yükseldiği rapor edilmiştir (IRMAK, vd., 2011).

Akdeniz ülkeleri olan; Portekiz, İtalya ve İspanya ile Akdeniz'de bulunan Güney Kıbrıs, Girit, Sicilya ve Malta gibi adalarda hafif şişman ile şişmanlık durumunun 7-11 yaş aralığındaki çocuklarda %30'un üzerine çıktığı rapor edilmiştir. İsveç, İrlanda, Yunanistan ve İngiltere'de %20; Polonya, İsviçre, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Hollanda, Almanya, Bulgaristan ve Macaristan'da ise %10 ile %20 arasında olduğu rapor edilmiştir (IRMAK, vd., 2011).

58/2015 sayılı Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) verilerinde; %22,2 oran ile Amerika Birleşik Devletleri (ABD) en yüksek obezite oranına sahip ülke iken, %2,4'lük

oran ile Kore en az obezite oranına sahip ülke olarak yer almıştır. Ayrıca yapılan çalışmalarda her sene 400.000'den daha fazla çocuğun şişman ve hafif şişman sınırına gireceğine dikkat çekilmektedir (IRMAK, vd., 2011).

2.4.2. Türkiye’de Obezite Prevalansı

Obezite sorunu üzerine ülkemizde son yıllarda çalışmalar yapılmaya başlanmış, çocuk ve genç nüfusta obezitenin görülme yaygınlığı ile etkileyen sebepleri açıklayan bir çok araştırma yapılmıştır. Yapılan çalışmalar yakın gelecekte önleyici çalışmaların yapılmaması halinde obezite sorunun daha da önemli hale geleceğini göstermektedir (IRMAK, vd., 2011).

Sivas şehrinde 11-14 yaş aralığında 2701 çocukla yapılan çalışmada obezite görülme sıklığı %3,1, hafif şişmanlık görülme sıklığı ise; %7,5, zayıflık görülme sıklığı ise; %7,6 olarak belirlenmiştir (KOÇOĞLU, vd., 2003).

Ankara şehrinde 7-14 yaş aralığında 806 çocuk ve ergenle yapılan çalışmada kilolu olma sıklığı %14,3, obezite sıklığı ise; %6,9 olarak belirlenmiştir (YABANCI, 2004).

İzmir, Ankara ve İstanbul şehirlerinde 12-13 yaşlarındaki 1044 ergen ile yapılan çalışmada zayıflık sıklığı %12, kiloluluk sıklığı %12 ve obezite sıklığı ise; %2 olarak belirlenmiştir (SUR, vd., 2005).

Ülkemizde, TÜİK verilerine bakıldığında; obezitenin 2008 senesinde %15,2 iken 2014 senesinde %31,1 oranında artarak %19,9’ yükseldiği görülmüştür. 2014 verilerine göre; obezite sıklığı kadınlarda %24,5, erkeklerde ise; %15,3 olarak belirlenmiştir.

2.5. OBEZİTENİN ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

Obezitenin belirlenebilmesi amacıyla yapılan ölçüm teknikleri vücuttaki yağın direkt ve vücuttaki yağın indirekt ölçümü yöntemleri olarak ikiye ayrılır.

2.5.1. Vücuttaki Yağın Direkt Ölçümü

Bu bölümde vücuttaki yağın direkt ölçülmesi yoluyla obezitenin belirlenmesi yöntemleri anlatılacaktır.

2.5.1.1. Biyoimpedans Analizi (BIA)

BIA pek çok hastada uygulanması kolay non-invazif (deri altına girmeyi gerektirmeyen, kansız) bir tekniktir. Bu tekniğin kullanılması esnasında ölçüm yapılacak olan kişinin bedenine alternatif akım verilmesi yoluyla impedans (Z) adı verilen vektöriyel bir değerin belirlenmesi esasına dayanır. İmpedans rezistans (Rz) ile Reaktans (Xc) verilerinin vektöriyel toplamıdır. Rezistans elektrik akımının iletkenliğine karşı koyma özelliğidir. İnsan bedeninde rezistans en başta ekstrasellüler dokuca meydana getirilir. Reaktans ise elektrik yükünü belirli bir zaman için depolayabilme özelliğidir. Fazla reaktans değerleri bütünlük hali deforme olmamış hücre membranı miktarıyla orantılıdır. Rezistansın reaktansa bölünerek arktanjanıtının alınmasıyla ($\arctan(Rz/Xc)$) faz açısı (FA) adı verilen BIA indeksine ulaşılır (SEYAHİ, vd., 2003).

Bu yöntemde hata payı %2 oranındadır. Cihazın taşınabilirliği, bedende bulunan yağ kitlesinin iyi bir belirleyicisi olması, pratik, ağrısız ve doğrudan uygulanabilmesi gibi özellikleri yönüyle çocuk ve ergenlerde kullanımı yaygındır. BIA cihazları bölgesel yağ birikimi hakkında bilgi vermemektedir (CAN, 2011).

2.5.1.2. Manyetik Rezonans (MR)

Kişinin güçlü bir manyetik alana yerleştirilerek, 3 boyutlu yapıların 2 boyutlu görüntülerinin elde edilmesi ve radyo frekanslarına maruz bırakılması yoluyla kullanılır. İncelenen dokularda bulunan su ile yağın derişme ve gevşeme özelliğine uygun sinyal şiddeti belirlenir (CAN, 2011 – ODACI, vd., 2005).

Yağ dokularının diğer dokularla karşılaştırıldığında, daha kısa sürede gevşeme özelliğinden dolayı ölçüm kolaylıkla gerçekleştirilir. Cihazın maliyetinin yüksek olması sebebiyle sahada tercih edilmez. Ayrıca; radyasyona uzun süreli maruz kalınması nedeniyle de kullanımı sınırlıdır (CAN, 2011).

2.5.1.3. Bilgisayarlı Tomografi (BT)

X ışınlarına dayalı bir yöntemdir. Ölçüm yöntemi, taranan kesitlerin ve bütün vücut bilişiminin ara değerlerinin bulunmasına dayanır (ÖNCÜ, 2009). Kullanım maliyetlerinin yüksek olması pratikte kullanılmasına engeldir (ERSOY ve ÇAKIR, 2007).

2.5.1.4. Su Altı Tartımı Yapılarak Vücut Yoğunluğunun Ölçümü

Altın standart olarak kabul edilen ve beden kompozisyonunun ölçümleri arasında en hassas olanlarından biridir. Değişik yoğunlukta olan yağ ve yağsız dokular su altı tartımı ile belirlenebilmektedir. Su içinde meydana gelen ağırlık kaybı, kütle hacimle aynıdır ilkesinden yola çıkarak 1942 yılında ilk kez Wenhamm, Feen ve Benke tarafından kullanılmıştır. Kullanılan diğer yöntemler arasında güvenilirliği ve geçerliliği yüksek yöntemlerdendir. Fakat; çocuklarda kullanımı oldukça zordur (CAN, 2011).

2.5.1.5. Vücut Toplam Potasyumunun Ölçülmesi

Beden hücre kitlesini değerlendiren bir tekniktir. Yağsız ağırlığın bir kilogram beden ağırlığı başına 2,66 potasyum 40 barındırdığı kabul edilerek, yağsız dokuların potasyum emmemesi nedeniyle kas kütesinin hesaplanması yoluyla kullanılır. Uygulanmasının güçlüğü yanı sıra pahalı bir yöntemdir. Hayvanlar üzerindeki geçerliliği daha çoktur (CAN, 2011).

2.5.1.6. Dual-Enerji X Işını Emilimi (DEXA)

1997 yılında Jebb tarafından yağ dokuları, yumuşak dokuları ve yağdan bağımsız dokuların kitle ölçümlerinde kullanılması amacıyla geliştirilmiştir. Vücut kitlesinin yağsız kısmının ve vücuttaki yağ miktarının ölçümünde kullanılan bir tekniktir. Yumuşak doku cihaza bağlanır ve 5 ile 20 dakika arasında vücudun tümü taranarak ölçüm gerçekleştirilir. Standardizasyonundaki güçlük, pahalı oluşu ve en fazla

150 kg'a kadar olan kişilerde kullanılabilir olması bu yöntemin dezavantajlarıdır (CAN, 2011).

2.5.2. Vücuttaki Yağın İndirekt Ölçümü

Bu bölümde obezitenin belirlenmesi amacıyla yapılan ölçüm yöntemlerinden ikincisi olan vücuttaki yağın indirekt ölçümü teknikleri anlatılacaktır.

2.5.2.1. Boya Göre Ağırlık (Rölatif ağırlık-(RA))

Bu ölçümde; ölçüm yapılan çocuğun boy ölçüsünün, boy persantil çizelgesinde olması gereken 50. Persantile denk kilodan sapma miktarının hesaplanması yöntemi kullanılır. RA hesaplanırken; hastanın ölçülen ağırlığı, boya uygun 50. Persantil değerine (ideal değer) bölünmesi ve çıkan değer 100 ile çarpımı yoluyla hesaplanır. Çıkan değer %90 ile %110 aralığında olması çocuğun normal kiloda olduğunu, %110 ile %120 arasında olması fazla kilolu, %120 değerinin üzerinde olması ise, çocuğun obez olduğu şeklinde yorumlanır (LİMLİNİ, 2010).

2.5.2.2. Çevre Ölçümleri

Kardiyovasküler hastalık ihtimalini tespit edebilmek ve yağ dağılımını belirlemek amacıyla, bel-kalça oranı ölçümü son dönemlerde daha önemli olarak kabul görmektedir. Bel/kalça oranı hesaplamasında kadınlarda 0,8, erkeklerde ise; 1'in üzerindeki değer abdominal obezite varlığının göstergesidir. BKI aynı kalsa da bel/kalça oranında meydana gelecek olumlu bir değişiklik riskin azalmasına katkı sağlayabilir. Sebebi ise; bölgesel yağ dağılımının şişmanlık derecesinden bağımsız görülmesidir. Yalnız bel çevresinin ölçümü de riskin belirlenebilmesine katkı sağlamaktadır. Bel kalça oranı yüksek, bedeninin üst bölümü şişman olan kişilerde TipII diyabet, kronik kalp rahatsızlıkları ve hipertansiyon görülme riski yüksek olarak bulunmuştur. Ancak; bel/kalça oranı çocuklarda geçerliliği çok olmayan bir yöntemdir (CAN, 2011).

2.5.2.3. Cilt Kıvrım Kalınlığı (CKK)

Çocuklarda obezitenin belirlenmesi amacıyla kullanılan tekniklerden biri de cilt altında bulunan yağ dokusunun, deri kıvrım kalınlığının ölçülmesi tekniğidir. Kaliper adı verilen özel aletler kullanılarak bu ölçüm gerçekleştirilmektedir. Bedenin farklı

bölgelerinin kalınlığının ölçülmesine rağmen en çok ölçüm yapılan bölge triseps (arka kol) bölgesidir. Çocukların bu ölçümden rahatsızlık duymalarının yanı sıra, yağ kalınlığının gerçek değerinin belirlenebilmesi avantajlı yönüdür. Ölçülen deri kıvrım kalınlığı, ölçüm yapılan yaş ve cinsiyete göre farklılık göstermektedir (Tablo - 4). Ölçümün yapıldığı yaşa göre deri kıvrım kalınlıkları persentil çizelgesinde gösterilen %85’lik kısmın üzerinde olanlar aşırı kilolu, %95’lik kısmın üzerinde olanlar ise obez grubunda değerlendirilmektedir (LİMLİNİ, 2010).

Tablo 4. Çocuklarda CKK Göre Persantil Yüzdeleri

Cinsiyet	Yaş	5p	15p	50p	85p	95p
Erkek	15	4,81	6,10	9,12	16,11	22,42
	16	4,69	6,05	8,95	15,81	22,05
	17	4,61	6,02	8,92	15,95	21,99
Kız	15	9,06	11,29	16,39	24,08	31,48
	16	9,34	11,83	17,03	24,85	32,35
	17	9,55	12,18	17,45	25,48	32,95

2.5.2.4. Vücut Kitle İndeksi / Quetelet İndeks (VKİ)

Kullanılan yöntemler arasında en çok bilinenidir. Ölçülen ağırlık değerinin kilogram (kg), boyun karesine oranı ile hesaplanmaktadır. ($VKİ=Ağırlık(Kg)/Boy^2(m)$) VKİ cinsiyet ve yaşa göre değişiklik gösterir. Bu ölçüm yağ miktarındaki genel göstereyi verdiğinden, yağ dağılımı hakkında bilgi sağlamamaktadır. Bu sebeple hamile, yaşlı, sporcu, büyüme çağındaki çocuklar ve ödemle seyreden rahatsızlığı olan kişilerde VKİ ölçümü kullanılmamalıdır. Çocuk ve ergenlerde VKİ’nin 85. Persentil eğrisi üzerinde olması aşırı kiloluluğu, 95. Persentil üzerinde olması ise obeziteyi işaret etmektedir (CAN, 2011).

2.6. OBEZİTENİN KOMPLİKASYONLARI

Yetişkin nüfusta olduğu gibi çocukluk ve ergenlik döneminde de obez olan bireylerde obezite görülme sıklığı ile obezite kaynaklı ölümler hızlı bir biçimde artış göstermektedir. Obezite fiziksel, duygusal-ruhsal ve sosyal birçok komplikasyona neden olmakla birlikte, toplumsal ve akademik sorunlara yol açmakta ve ekonomik bir yük haline gelmektedir. Bu sorunları bilmek, obeziteye karşı verilen mücadelede başarıya ulaşılması için oldukça önemlidir (ERGÜL ve KALKIM, 2011).

2.6.1. Fiziksel Komplikasyonlar

Obezitenin kronik hastalıklara neden olduğu yaş grubu yalnızca ileri yaşlarla sınırlı kalmamakta, çocukluk dönemlerinde de birçok kronik hastalığa sebep olmaktadır. Ortopedik ve kardiyovasküler hastalıkların yanında endokrin sistemi bozan, pulmoner, gastroentorojenik ve nörolojik çok çeşitli hastalığa sebep olmaktadır. Geçmiş yıllarda çocukluk döneminde ender olarak görülen TipII diyabetin çocuklarda görülme oranının 4-10 kat daha fazla görülmeye başladığı ve ikincil hipertansiyon vakalarının görülme sıklığının giderek arttığı belirlenmiştir. Yetişkinlere benzer şekilde, kilo fazlalığı olan çocuklarda total kolesterol ve Low Density Lipoprotein/Düşük Yoğunluklu Lipoprotein (LDL) değerlerinde yükselme görülmekte, obezite düzeyinin artmasıyla birlikte trigliserid seviyesi artarak High Density Lipoprotein/Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein (HDL) düzeylerinde düşme görülmektedir. Obezite sonucunda bedene binen yükün artmasıyla birlikte bağ dokularında hasar, eklem ve kemik rahatsızlıkları görülmektedir. sıyrılmış femoral epifiz, blount ve osteoartrit rahatsızlıkları obez ergenlerde ortaya çıkan ve kalıcı deformite meydana getiren durumlardır. Ayrıca yinelenen ayak bileği burkulma vakaları obez çocuklarda daha yaygındır (ERGÜL ve KALKIM, 2011).

2.6.1.1. Engellilik Durumu Olarak Obezite

Ülkemizde obezite üzerine Avrupa ülkeleri ile işbirliği çalışmaları kapsamında 2000 senesinde ‘‘Türkiye Obezite Araştırma Derneği’’ kurulmuştur. Dernek farklı bölgelerde çalışmalar yürüterek aşırı kiloluluk oranın %70'lere yakın bir oranda olduğunu ortaya koymuştur. Yapılan çalışmalarda; obezlerin çoğunluğunun kendilerine yer açılması ve hacmin önemli olduğu toplu taşıma araçlarından daha çok şahsi araç ya da taksi kullanmayı tercih ettikleri görülmüştür. En çok zorlandıkları konunun ise; toplu

taşımalarda basamak çıkmak olduğu belirlenmiştir. Obezlerin tek bir koltuğa sığamamaktan dolayı insanlar tarafından rahatsız edici bakışlara maruz kalmamak için, zorlansalar da ayakta durmayı öncelikli tercih ettikleri belirlenmiştir. Hatta bazı belediye araçlarında kiloları sebebiyle çift kişilik ücret talebiyle karşı karşıya kalan obezler, maddi imkanlarının ölçüsünde hususi araç ya da taksi kullanmayı tercih etmektedirler. Maddi imkanları açısından sınırlı olan obezlerin bu konuda yardım istedikleri görülmüştür. Mekansal olarak bakıldığında; yaşadıkları hareket güçlüğünden dolayı merdiven çıkamamakta ve geniş asansörleri olan ya da yürüyen merdiven olan mekanları tercih etmektedirler. Fakat çoğunluğu, kendilerine yönelen hor görücü bakışlarla karşı karşıya kalmamak için kendilerini eve kapatmayı daha çok tercih etmektedirler. Obez bireyler günlük yaşamları esnasında çok çeşitli problemlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Kendileri için uygun eşya ve/veya giysi bulamamak, dar asansörleri kullanmak zorunda kalmak, toplu ulaşım araçlarında yer bulmakta güçlük, kalabalık ortamlardan kaçmak, alay edilmek, iş başvurularının kabul edilmemesi, dışlanmak, ev içerisinde dahi hareket edebilmekte güçlük yaşamak gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Bu gibi nedenlerle, pasif bir hayatı tercih etme, içe kapanıklılık, obez olmanın mali yükü, evlenememe ya da boşanma benzeri çok çeşitli zorlayıcı durumla karşı karşıya kalabilmektedirler (DÜZGÜN ve ÇAKIRER, 2013).

2.6.1.2. Obez Bireylerin Giyim Problemleri

Obezitenin sağlığı ciddi şekilde tehdit etmesinin yanında ergonomik, ekonomik ve sosyal bir boyutu da söz konusudur. Obezite sadece doktorları değil, uçak mühendislerini, mimarları, otomobil tasarımcıları gibi insanların kullanımı için mekanları ve araçları tasarlayan kişileri de ilgilendirmektedir. Günümüzde üretimin müşteri odaklı bir hal aldığı rekabet ortamında, tasarlanan kıyafetler obez kişiler için de onlara uygun kalıplarla üretilmelidir. Giyim sektörü kullanılan tasarım, malzeme türü kullanım kolaylığı, desenler ve renkler yönüyle sürekli olarak değişim gösteren ve daima yeni arayışları olan ve hızla yenilenmeye ihtiyacı olan bir sektördür (YILDIRAN, 2006).

Obez kişilerin beden yapılarının normal kilodaki bireylere göre belirgin farklılıkları vardır. Bu nedenle obez kişilere yönelik üretilecek bir giysinin tasarımının da özel olması gerekmektedir. Tasarım öncesinde obezlerin beden yapılarının iyi bir

analizi yapılmalıdır. Büyük beden elbise tasarımının kalıp hazırlık aşamasında uzman kişilerin az olması, büyük beden kıyafet kullanmak zorunda olan obezlerin aldıkları ürünlerde düzeltme yaptırılmalarına ve hem zaman hem de maddi kayıp yaşamalarına neden olmaktadır. Ülkemizde genellikle bedeninin büyümesine paralel olarak giysilerin boylarının da uzun üretildiği ancak; ülkemizde insanların çok uzun ve yapılı beden ortalamalarda olmamasından kaynaklı olarak, aldıkları giysilerde boy ölçüsünde düzeltme ihtiyacı yaşamaktadırlar. Yapılan bu işlem de elbisenin formunda bozulmalara neden olmaktadır. Obezitenin hızla yayıldığı günümüz yaşantısında, obezler için kullanılmakta olan giysi kalıplarında onların benden tiplerine göre yeniden hazırlanması ihtiyacı bulunmaktadır. Ülkemiz perakende pazarına bakıldığında, büyük beden giysi üretimi ve satışı yapan mağazalar konusunda boşluklar olduğu değerlendirilmektedir (YILDIRAN, 2006).

2.6.1.3. Obez Çocuklarda Giyim Problemleri

Çocukluk obezitesi yaşamın birinci yılında, 6 yaş dönemi ile ergenlik döneminde daha fazla görülmektedir. Çocuklarda doğum sonrası bedensel değişiklikler giysi seçimlerine de etki etmektedir. Giysi satın almak sadece ihtiyaçları karşılamak anlamına gelmemekte, farklı olma, toplumda bir statü göstergesi ve bir kimliğe sahip olma gibi anlamlara da sahiptir. Toplum içerisinde kendisine yer bulmaya ve çevresi tarafından güzel bulunmaya çaba harcayan obez çocuk ve gençlerde giysi önemli bir etkidir. Kendilerini güzel ve güçlü hissedebilen çocuk ve ergenler, çevreleriyle daha kolay bir biçimde iletişim kurabilmektedir. Giysiler, obez çocuk ve ergenlerde kendi bedenlerinden memnuniyetlerini arttıran bir rol oynamaktadır. Obez çocukların tercihlerine baktığımızda; aldıkları giysilerin hareketlerinde sınırlamaya sebep olmaması ve beden ölçülerine uygun olmasına öncelik verdikleri görülmüştür. Önemsenen kriterin özellikle giysinin kullanılabilirliği ile yakından alakalı olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet açısından karşılaştırma yapıldığında kız çocukların, pantolonu erkeklerden daha fazla tercih ettikleri görülmüştür. Renk tercihlerinde ise hem kızlar da hem de erkelerde mavi renk öncelikli tercihtir. Düz ve elastik özellikli kumaşlar da en çok tercih edilen ürünlerdendir. Yetişkin giysilerinde olduğu gibi hızla yayılan çocukluk çağı obezitesine karşı, büyük benden yapısındaki çocuk ve gençlerin ihtiyaç ve taleplerine uygun üretimler yetersiz kalmaktadır. Çocuk ve gençlere yönelik üretim

yapan firmaların obez çocuk ve gençlere uygun kalıplar oluşturması ve obez çocukların da tüketici olarak hedef kitle arasında yer almaları gerekmektedir. Gelecekte yetişkin olacak bu çocuklara ve gençlere; isteklerine uygun, kullanışlı, güzel tasarımlara sahip, kültürel ve sosyal yönlerden soyutlanmalarına engel olacak, kendilerini rahat hissetmelerini sağlayacak giysiler sunulmalıdır (ÇİVİTÇİ ve HARMANKAYA, 2012).

2.6.2. Duygusal ve Ruhsal Komplikasyonlar

Ülkemizde yapılan çalışmaların çoğunluğu obezitenin fizyolojik tarafına odaklanmakta ve obezitenin neden olduğu psikolojik etkiler göz ardı edilmektedir. Bir bireyi ele alırken, sosyolojik, fizyolojik ve psikolojik açılardan bütün olarak ele almak gerekmektedir. Fizyolojik hastalıklar veya bozuklukların altında yatan ya da bunlara eşlik eden psikolojik problemlerin bilinerek, bütüncül bir bakışla obezitenin tanımlanması önemlidir (ÇİVİTÇİ ve HARMANKAYA, 2012).

Obezite ile psikolojik etkenler arasında bir ilişkinin var olduğu kabul edilmektedir. Çocuğun anne ve baba ile arasındaki olumsuz ilişkiler, çocuğun arkadaş edinmemesine, okulda başarısızlığa neden olarak; çocuğun ruhsal yapısını olumsuz etkilemesi sonucunda aşırı yeme davranışına neden olabilmektedir (AKSOY, vd., 2016).

Ülkemizde obezitenin duygusal ve ruhsal komplikasyonlarının araştırıldığı bir çalışmada; hastaneye başvuran kişilerde, depresyon ve anksiyete bulgularının yüksek, benlik saygısının da depresyon ve anksiyete düzeyleri arttıkça azalma gösterdiği belirlenmiştir. Çalışma sonucunda; obezite sebebiyle tedavi başvurusu yapan hastalarda psikiyatrik bir değerlendirmenin gerekli olduğu, bu alanda destek sağlanarak tedaviye olumlu katkılar sağlanabileceği düşünülmüştür (DEĞİRMENCİ, vd., 2015).

2.6.2.1. Düşük Benlik Saygısı

En geniş anlamda benlik saygısı, bireyin kendisini gayretli, etkin, değerli, gururlu ve başarılı hissetmesidir. Bireyin kendini değerlendirmesi sonucunda vardığı kendiliğini kabullenmesiyle ortaya çıkan beğenmedir. Benlik saygısı zihinsel, duygusal, toplumsal ve dolaylı olarak da bedensel öğeler içermektedir. Benlik saygısının düzeyi, bireyin okul ve iş başarısı ile becerisini, stresle baş edebilme etkinliğini, dostluk ve

arkadaşlık ilişkilerinin gelişmesini, eğlenebilirlik ve canlılık seviyesine etki etmektedir. Benlik saygısını yüksek düzeyde ve tutarlı biçimde sürdürebilen normal sağlıklı bireyler, canlılık ve enerjilikle özdeşleşirler. Bu bireyler kendilerine güvenen kişilik yapısındadırlar. Benlik saygıları zayıf olan bireyler ise; canlılık ve enerjilerini kaybeden, kendilerine güvensiz, hatta kendilerini çaresiz, değersiz ve utanç verici hisseden, beceri ve başarıları azalmış olarak tanımlayan kimselerdir (ÖZKAN, 1994).

Sağlıklı bir benlik kavramının temelini yaşantı ile uyum oluşturmaktadır. Rogers bireyin özellikle yakın çevresinin tutumunun mühim olduğunu, kendine değer verme duygusunun, hoşnutluk veren ya da hayal kırıklığına sebep olan deneyimler neticesinde geliştiğini belirtir. (TUKU, 2010)

Bireyler ergenlik döneminde hızlı bedensel değişimler yaşarlar. Bunun yanı sıra, değişimleri kabullenmek, akranlarıyla olgun ilişkiler kurmak, ben kimim sorusunu cevaplandırmak, bir mesleğe, aile yaşantısına, evliliğe hazır hale gelmek gibi gelişim görevlerinin de üstesinden gelmelidirler (ERİŞ ve İKİZ, 2013). Bu dönemde birey etrafındaki kişilerin kendisiyle alakalı tutum, düşünce ve davranışlarından fazlasıyla etkilenmektedir (ÇANKAYA, 2007). Çevresinde kendisini mutlu ya da mutsuz hissetmesine sebep olan deneyimler sonrasında, kendine değer verme duygusu geliştirir. Bu duygunun gelişmesinde, sosyal ve çevresel faktörlerin birey hakkındaki pozitif değerlendirmelerinin etkisi büyüktür. Ergen değerini, çevreden aldığı izlenimler aracılığıyla değerlendirmeye başlar. Bunun sonucunda ya değerli ve sevmeye değer biri olduğu ya da sevmeye değer biri olmadığı inancı geliştirir. Benlik saygısını sağlıklı geliştiren biri, yüksek benlik saygısına sahip ve sosyal ilişkilerinde daha girişimci, ve atak kimseler olmaktadır (KUZGUN, 2002).

Anne-babanın ve arkadaşların ergenle kurdukları ilişki, ergenin benlik değerine katkıda bulunmaktadır. Aile içerisinde yeterli zamanın ayrılması, sorunların paylaşılması, karar alma süreçlerine katılan, arkadaş seçimlerine müdahale edilmeyen, isteklerinin kabul edilmemesi karşısında açıklama yapılan, özel hayatları saygıyla karşılanan, düşünce ve duygularına saygı duyularak ifade etmeleri için uygun koşullar oluşturulan, aileleriyle her konuda konuşma imkanı bulabilen, cinsiyet ayrımı yapılmayan, anne-babaların düşüncelerini açık biçimde ifade ettiği ailelere sahip ergenlerin diğerlerine göre daha yüksek benlik saygısı puanlarının olduğu ve benlik

saygısı puanlarına bakıldığında ailelerin davranışları ve tutumlarına göre anlamlı farklar olduğu belirlenmiştir (ERBİL, vd. 2006).

Obez bireylere sunulan psikolojik desteğin temelini benlik saygısının geliştirilmesi amacı oluşturmaktadır. Benlik saygısı, kişinin kendini tanıyarak, kabul etmesi ve kendine saygı duyması şeklinde ifade edilebilir. Bu alanda yapılan çalışmaların bir kısmında benlik saygısı ve obezite arasında bir ilişki olmadığı gösterilmiştir. Ancak; literatürdeki çalışmaların ağırlıklı bir bölümü erişkinlerde BKİ ile benlik saygısının ters orantılı olduğunu göstermektedir. Obez kişilerde gözlenen düşük benlik saygısının obezitenin sebebi mi yoksa sonucu mu olduğu bilinmemektedir (HAMURCU, vd., 2015).

Düşük benlik saygısı geliştiren kimseler Rosenberg'e (1965) göre sosyal ilişkilerde daha fazla problemle karşılaşmaktadırlar. Sosyal ortamdaki kişileri, sosyal ortamı ve konuşulanları kendisine dönük bir tehdit olarak algılamaya daha meyilli ve özellikle de olumsuz eleştirilere karşı daha duyarlı olmaktadır. Bu sebeplerle düşük benlik saygısı, sosyal ortamlarda kaygılanmayı ve eleştirilme korkusunu da beraberinde getirmektedir (ERİŞ ve İKİZ, 2013).

2.6.2.2. Sosyal Anksiyete

Sosyal anksiyete bozukluğu, 1966 yılında ilk kez Gelder ve Marks tarafından tanımlanmıştır. Bir bireyin bu tanıyı alabilmesi için gerekli temel özellik başkaları tarafından değerlendirileceği birden fazla durumdan devamlı korkma, utanç duyacağı, aşağılanacağı ya da rezil olacağı şekilde davranacağından duyulan korku olarak tanımlanmıştır. Sosyal anksiyete bozukluğuna sahip kimseler performans gerektiren durumlarda ya da sosyal ortamlarda olumsuz değerlendirilmek ve aşağılanmaktan aşırı şekilde korku duyarlar. Korku duyulan bu ortamlarda aşırı düzeyde kendilerini eleştirme ve kendilerinin farkında olma eğilimleri ile çarpıntı, kızarma, titreme ve terleme gibi fiziksel belirtiler yaşarlar (DİLBAZ, 2000).

Sosyal anksiyeteye sahip bir kişi, diğerlerinin olumsuz düşünceleri ve eleştirilerine karşı aşırı duyarlıdır. Bunlardan kaçınmak adına elinden geleni yapma eğilimleri vardır (SMITH and SARASON, 1975).

Birincil görünüm olarak; kaçınan kişilik bozukluğu ve sosyal fobinin “performans anksiyetesi” olarak, ikincil görünüm olarak da; kekemelik, obezite veya bedensel görünümü bozan başka fiziksel kusurlar ile ortaya çıkabilmektedir (DEMİR, vd., 1998).

Bazı araştırmacılar yaygın ve yaygın olmayan şeklinde iki ayrı tipten söz etmektedir (KESSLER, vd., 1998). Yaygın tip olan kişiler sosyal durumların büyük bölümünde kaygı ve korku yaşarlar (hem etkileşim hem de performans durumlarında). Yaygın olmayan tipte ise, hastalar sıklıkla performans ile ilişkili (toplum önünde yazı yazma, konuşma gibi) birkaç durumda kaygı ve korku yaşarlar (DİLBAZ, 2000).

Sosyal anksiyete, çocuklarda yetişkinlerdekine benzer şekilde yeni ortamlarda duyulan sıkıntı ve olumsuz değerlendirilme korkusu ile ilişkili, sosyal ortamlarda çocuğun sosyal etkileşimini etkileyen temel değişkenlerden birisidir. Çocuğun duygusal gelişimi için sosyal ilişkiler temel etkiye sahip olup, tatmin edici toplumsal ilişkiler yaşamın ilerleyen dönemlerinde kişiler arası ilişkiler ve akademik başarıda da iyi bir erken belirtidir. Bu bozukluğu olan kişiler görünüşlerindeki bir bozukluk ile alakalı aşırı uğraş içerisinde olmaları sebebiyle iş, aile ve sosyal yaşamlarında belirgin bir güçlük yaşarlar. Dış görüntülerinden utanmalarından dolayı sosyal ilişkilerden kaçsalar da sosyal ortamlardan uzak durma sorunlarını azaltmaz. Ayrıca yeme bozukluğu olan kadınların ek tanı olarak sosyal anksiyetelerinin olması çok önemli bir bulgudur (DEMİR, vd., 1998).

2.6.2.3. Depresyon

Depresyon, bazen derin bir üzüntü, bazen de hem üzüntülü, hem de bunaltılı duygu durumu haliyle beraber düşünme, konuşma, fizyolojik işlev ve devinimde durgunlaşma, yavaşlama ve bununla birlikte küçüklük, değersizlik, karamsarlık, isteksizlik, güçsüzlük düşünceleri ve duygularıyla belirli sendromdur (ÖZTÜRK, 2008).

Depresyon, obeziteyle ilişkili olan en önemli psikolojik sorundur. Obez bireylerin depresyon ve anksiyeteye yanıt olarak fazla besin tükettikleri ve obezite gibi yeme hastalığı olan iki kişiden birinde klinik depresyon bulguları olduğu, diğer taraftan anne babaların ve öğretmenlerin, çocuk ve ergenlerdeki depresif duyguları fark

edebilmede zorluklar yaşadığını ortaya koyan kanıtlar bulunmaktadır (GOLDING, et al., 1995 – ALŞEN, 2012).

Yapılan bir çalışmada majör depresif bozukluk, obez bireylerde en çok görülen psikiyatrik bozukluk olarak belirlenmiştir. Hiçbir psikiyatrik tanı almayan obez hastaların önemli kısmında depresyon ve anksiyete belirtileri görülmüştür. Tanı almamış bireylerde anksiyete ve depresyon belirtilerinin var olması obezitenin psikososyal etkiler neticesinde ortaya çıktığı şeklinde düşünülmüş ve bu belirtilerin var olduğu hastaların takip edilmesinin meydana gelebilecek psikiyatrik bozuklukların erken tanınması için önemli olduğu vurgulanmıştır (GÜLEÇ, vd., 2011).

Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada; 18 Mart Üniversitesi'ne bağlı Endokrinoloji Polikliniği'ne başvuru yapmış obezite tanısına sahip 62 hasta ile 27 kontrol grubu hastadan bir araştırma grubu oluşturulmuştur. Hastaların her birinin BKİ hesaplanarak psikiyatrik tanı alıp almadıkları araştırılmıştır. Yapılan çalışmada; en çok depresyon tanısı görülmüştür. Hiçbir tanısı olmayan obez hastaların yarısından fazlası ise; yine en sık depresif ruh hali, somatik anksiyete, suçluluk duygusu, aktivite ve iş kaybı ve genel somatik bulguları tanımlayan maddeleri işaretlemişlerdir (GÜLEÇ, vd., 2011).

Fakat yapılan çalışmaların bazılarında, çocukluk obezitesi gelişiminde depresyon ve anksiyetenin bir neden değil, sonuç olabileceği bildirilmiştir (SADOCK and SADOCK, 2000).

Ancak; depresif belirtilerin, çocuk ve ergenlerde obezitenin sonucu olarak görülmesi de depresyon ve intiharın ilişkisi nedeniyle önemlidir. Depresyonu olan ergenlerde depresyonun şiddetinin yüksek olması, sürekli ve yüksek anlık anksiyete seviyeleri, düşük benlik saygısı ve umutsuzluk düzeyleri intihar düşünceleriyle ilişkili bulunmuştur (SOYLU, vd., 2013).

2.6.3. Sosyal Komplikasyonlar

Çocukların sağlıklı yaşam şeklini benimsemelerine etki eden sosyal etkenlerin en önemlisi ailedir. Anne babanın beslenme şekli (davranış, bilgi, tutumu), çocuklarını besleme yöntemleri (yemesi için ödül verme, yemeye teşvik etme, yiyecek

sınırlandırma) ve çocuk yetiştirme tutumlarından oluşan ailevi özellikler çocukların beslenme özelliklerine (yiyecek tercihleri, tutum, davranış, algı, inanç) beden imajlarının oluşumu ve özsaygılarının oluşmasında etkilidir (ÖZTÜRK, 2010).

Obez çocuklarda sıklıkla öfke nöbetleri, beden imajının aşağılanması, öz güven kayıpları, diğer insanların kendilerinden tiksindikleri düşüncesi, devamlı olarak dışlandıkları hissi, küçük görülme düşünceleri, olumsuz bir benlik kavramı geliştirme ve sonucunda sosyal işlevlerinde bozulmalar, içe kapanıklık, akranlarıyla ilişki kurmaktan kaçınma gibi benzeri sosyal problemler sıklıkla görülmektedir (ERGÜL ve KALKIM, 2011).

Diğer taraftan çoğunlukla, diğer kişiler tarafından da asosyal, özgüveni düşük, aldırma ve tembel olarak da algılanabilmektedirler (DOĞAN, vd., 2015).

2.6.4. Akademik Sorunlar

Obezite çocuk ve ergenlerde akademik başarıyı da olumsuz biçimde etkilemektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda aşırı kilolu ve obez öğrencilerin, normal kiloya sahip öğrencilere göre daha düşük okuma becerisi ve matematik puanına sahip oldukları, kendilerini okula ait hissetmedikleri, başarısız oldukları ve okul performanslarının iyi olmadığı belirlenmiştir. Obezitenin uyku apnesi gibi rahatsızlıklara neden olması sonucunda çocuk ve ergenlerin öğrenme ve hafıza sorunu yaşamasına neden olabileceği vurgulanmaktadır (ERGÜL ve KALKIM, 2011).

2.6.5. Öğretmen Gözünden Obez Öğrenci

Obezitenin eğitim ortamına nasıl yansıdığını belirlemek ve öğretmen görüşlerini almak için yapılan bir çalışmada; katılımcıların çoğunluğu obeziteyi, öğrenci başarısını olumsuz etkileyen bir etken olarak belirtmişlerdir. Aynı çalışmada; katılımcılar obez çocuklarla ilgili olarak; hırçınlaşma, içe kapanıklık ve pasif davranışlar, yalnızlaşma ve dışlanma ve fiziksel etkinliklere katılım göstermeme konularına değinmişlerdir (DOĞAN, vd., 2015).

Farklı bir görüş olarak; obez öğrencilerin diğer öğrencilerden daha başarılı bulunduğu sonucuna ulaşılan bulgularda söz konusudur (METİNOĞLU, 2010). Bu araştırmadaki örneklem grubunun, obezitenin neden olduğu olumsuz duygulardan

kurtulmak amacıyla daha fazla ders çalışmaya yöneldikleri ve/veya söz konusu okulda obezite ile mücadele kapsamında etkili bir programın yürütüldüğü düşünülmektedir (DOĞAN, vd., 2015).

Yapılan bir araştırmada; katılımcıların en çok dile getirdikleri ifadenin “okulda obezite ile mücadele amacıyla hiçbir çalışma yapılmıyor” olması üzüntü vericidir. Hiçbir katılımcının okulun tamamında obeziteyle ilgili özel olarak yapılan bir çalışmadan veya programdan bahsetmemesi, okullarımızda obezite ile mücadele edilmediğini düşündürmektedir. Obezite sorunun bilindiği ancak; soruna dair planlı bir mücadele yapılmadığı değerlendirilmektedir. Farklı araştırmacılar; hükümetlerin acil eylem planları hazırlanması, okulda çocukların fiziksel aktivitelere dayalı zamanlarının ve fiziksel aktivite alanlarının artırılması, televizyon karşısında harcanan zamanın azaltılması, obezite konusunda hem sosyal destek hem de eğitimler verilmesi, velilerin bilinçlendirilmesi ve okul kantinlerinin sağlıklı besinler satmasının sağlanması yoluyla, sağlık ekiplerinin, obezite tedavisi konusunda danışmanlık yapmalarını önermiş obezitenin önlenmesi konusunda yapılan çalışmalara yatırım yapılmasının önemini vurgulayarak katkıda bulunmuşlardır (DOĞAN, vd., 2015).

2.7. OBEZİTEDEN KORUNMA

Obezite ve normal üstü kiloluluk, birçok rahatsızlıkta olduğu gibi büyük oranda engellenebilmektedir. İnsanların seçimlerini sağlıklı şekilde biçimlendirmekte, tercihlerin daha sağlıklı yapılmasını sağlamakta, düzenli fiziksel aktivite yapılmasında ve böylece obezitenin engellenebilmesine destek veren çevre ve kuruluşlar büyük bir öneme sahiptir (UZUN, 2014).

Obezite gelişmesine etki eden en önemli etmen yanlış beslenmedir. Yanlış beslenme; hazır yemek yeme, gece yatmadan önce yemek yeme, yüksek kalori içeren gıdaların tüketilmesi durumlarında oluşabilir. Obez çocukların beslenme öyküleri alındığında hazır ve yağlı gıdalar ile şeker ve şeker içeren gıdalar tükettikleri görülmektedir. Hatalı beslenmenin düzenlenmesi için, hem yemek yeme biçiminin hem de yemek içeriğinin düzenlenmesi gerekmektedir. Ancak; büyüme döneminde olan çocuklarda aşırı sınırlandırıcı diyet uygulamaları büyümenin duraklamasına sebep

olabilir. Uygulanacak beslenme programının normal büyüme destekleyecek, yeteri düzeyde gereken besinleri içeren, yeterli kaloriye sahip, karbonhidrat, protein ve yağ içeriği açısından dengeli olmalıdır (UZUN, 2014).

Çocukluk çağı obezitesinin önlenmesi için aile en önemli unsurlardan birisidir. Çocukların model alarak çok fazla şeyi ailelerinden öğrendikleri düşünüldüğünde, ailenin çocuğa iyi bir model olması gerekmektedir. Bu nedenle çocuğun yapmaması beklenen davranışlardan anne-babaların da uzak kalması, yerinde bir yaklaşım olacaktır. Bir diğer önemli konu fiziksel aktivite düzenlemesidir. Bilgisayar, cep telefonu, tablet ve televizyon karşısında harcanan zamanın günde en fazla iki saat olacak şekilde planlanması ve çocuğun sportif becerilerini geliştireceği planlı aktivitelere dahil olması tavsiye edilmektedir. Egzersizin şekil ve miktarından daha önemli olan konu, egzersizin süreklilik kazanmasıdır. Sağlıklı yaşam şeklinin benimsenmesi sonucunda obezite ile mücadelede başarıya ulaşmak mümkündür. Çalışmalar egzersiz ve diyet kombinasyonunun sadece diyet yapmaktan daha etkili olduğunu ortaya koymuştur (UZUN, 2014).

2.8. ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİNDE TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Obezite tanınması çok kolay fakat tedavisi en zor olan tıbbi durum olarak tanımlanır. Obezitenin tedavisinin ardından kişinin şiddetli stres yaşadığı dönemlerde tekrar eski yeme alışkanlıklarına geri dönüşler olduğu görülmüştür (DEVECİ, vd., 2005).

Obezitenin tedavisinde; diyet, egzersiz, ilaç, cerrahi müdahale, psikoterapi desteği gibi farklı yöntem ve araçlar kullanılmaktadır. Kullanılan bu yöntem ve araçların kişinin genel sağlık durumu ve ihtiyaçları doğrultusunda bir arada kullanılması tedavinin başarıya ulaşmasını ve devamlılığını önemli ölçüde etkilemektedir. Çocukluk ve ergenlik döneminde uygulanacak olan tedavi planlamasında yavaş bir şekilde zayıflama, kiloda artış meydana gelmeden boyun uzamasının devam ettirilmesi, uygulanan egzersiz, diyet ve yeme davranışlarının değiştirilerek, ailenin de tedavi sürecine katılması ve obezitenin tekrarlamasının önüne geçilmesi sağlanmalıdır (METİNOĞLU, 2010).

2.8.1. Diyet

Diyet uygulamaları obezite ile mücadelede temel uygulamalardandır. Kişinin gün içerisinde alacağı kalori miktarının, harcadığı kaloriden daha az olacak şekilde, bir haftada kaybedeceği kilonun 0,5-1 kg aralığında olacak biçimde düzenlenmesi gerekmektedir. Kilo veriminde yavaş zayıflamanın tavsiye edilme nedeni, yaşanan kilo kayıplarının kalıcı olabilmesi ve verilen kiloların daha çok yağ kütesinden olabilmesi içindir (AÇIKEL, 2011).

Diyet tedavisi öncesinde kişinin yaş, cinsiyeti, eğitim ve etkinlik seviyesi, çalışma koşulları, sosyoekonomik durumu öğrenilmelidir. Diyete başlamadan önce ve sonrasında belirli aralıklarla beden ağırlığı, kan ürik asit seviyesi, biyokimya değerleri, tiroid fonksiyon değerleri, kan basıncı kontrol edilmelidir. Bu değerlerin etkisinden dolayı bütün bireylere uygulamak üzere genel bir program hazırlanması sakıncalıdır. Kişiyeye özel program hazırlanmadan önce detaylı bir beslenme öyküsü alınmalıdır. Kişiyeye özel beslenme planı hazırlanarak, bireyin eğitimi ve izlenmesi sağlanmalıdır (AÇIKEL, 2011).

Obez çocuklar için hazırlanan diyet programlarında az ve dengeli kalorili program uygulanır. Çocuğun normal gereksiniminden %30-40 oranında kalori azaltılır. Diyet programında; yağlara %25-30, kompleks karbonhidratlara %50-55, proteinlere de %20-25 oranında yer verilir. Gün içerisinde alınacak kalori miktarı 5-8 öğüne bölünür. Bu yöntem 5 yaş ve üzerindeki çocuklarda güvenle uygulanabilir. Haftalık olarak 0,5 kg ağırlık kaybı hedeflenir (BABAOĞLU ve HATUN, 2002).

2.8.2. Egzersiz

Obezitenin meydana gelmesinde, çevresel, fizyolojik, gelişimsel ve genetik etkilerin yanında, enerji içeriği yüksek ürünlerin tercih edilmesi ve fiziksel hareketlilik için azalmış olan motivasyon da etkili olmaktadır. Yetişkin dönem obezitesinde olduğu gibi çocukluk ve ergenlik dönemlerinde de obezite görülme sıklığı giderek artmamaktadır. Çocukluk ve ergenlik döneminde görülen obezite, yetişkinlik obezitesine öncülük oluşturan önemli bir risk faktörüdür (AKSAKAL ve OĞUZÖNCÜL, 2017).

Obezite ile mücadelede egzersizler son derece önemlidir (TAM ve ÇAKIR, 2012). Çocukların aktif bir yaşam şeklini benimsemeleri için yönlendirilmeleri, hem çocukların hem de uzun vadede toplumun sağlığı için önemlidir. Yeterli ölçüde fiziksel aktiviteye katılım ve sağlıklı kilonun muhafaza edilmesi, başta obezite, kalp dolaşım sistemi hastalıkları, yüksek tansiyon, şeker hastalığı ve çeşitli kanser türleri gibi çok çeşitli hastalıklara karşı koruyucu etki sağlamaktadır. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapan kişilerin şişmanlaması, fazla kilo problemi yaşamaları ve obeziteye yakalanma ihtimalleri oldukça düşüktür. Fiziksel aktiviteye katılım, kan dolaşımını düzenler, kişide kemik mineral yoğunluğunu fazlaştırır, toplam yağ oranını düşürür. Bu etkilere bağlı olarak hastalık risklerini en aza indirerek bunlara bağlı ölüm risklerini de oldukça düşürür. Bu olumlu etkilerden çocuklar ve ergenlerin en üst seviyede faydalanabilmesi için, her yaş grubundaki çocuk ve gençler için bireysel gelişim basamaklarıyla uyumlu, eğlenceli ve çeşitli aktiviteler sunulmalıdır (MEYDANLIOĞLU, 2015).

Beden ağırlığının kontrol edilebilmesi ve daha sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için yalnızca planlanmış egzersizler yapmak yerine gün boyunca hareket etmeden geçirilen sürelerin de azaltılması gerekmektedir. Gün içerisinde koşullar doğrultusunda, mümkün olan ölçüde aktif olmak ve 2 saatten daha fazla hareketsiz kalmamak önemlidir (PEKCAN, 2016).

Obez kişiler genellikle daha az hareket etmeyi tercih ederler. Fakat, düşük kalori içeren diyetlerin yanında çok ağır egzersiz planlaması yapılması da uygun değildir. Planlama yapılırken kişinin varsa yandaş hastalıkları, sağlık durumu ve sosyo-ekonomik koşulları da dikkate alınmalıdır (TAM ve ÇAKIR, 2012).

2.8.3. İlaç Tedavisi

Obezitenin tedavisi, vücuda alınan enerjinin, tüketilen enerjinin altında tutulmasından ibarettir. Bu sebeple planlanan beslenme programlarının büyük kısmında besin değeri olmayan selülozlu gıdalar tercih edilmektedir. Bu yiyecekler mideyi şişirir ve tokluk hissi verirler. Obezitenin ilaçla tedavi seçeneği de bu türden diyet programlarının yetersiz kaldığı durumlarda sıklıkla kullanılmaktadır. Günümüzde ABD’de kullanılan başlıca iki obezite ilacı kullanılmaktadır. Bunlardan biri, kullanan kişide merkezi sinir sisteminde kan basıncı ile nabız atış hızını yükselterek, besin

alımını azaltan ve merkezi sempatik sistemi artıran bir etki meydana getirmektedir. Diğer ilaç ise; pankreas enzimlerine etki eder. Ancak, bu ilaçların istenmeyen yan etkileri de mevcuttur. Bu ilaçlarla mümkün olabilecek yaklaşık % 10'luk zayıflama önemlidir. Fakat, BKİ 30 ve üzerinde olan pek çok kişi için bu miktar yetersiz kalabilir. Obezite tedavilerinde fiziksel egzersiz ve düşük kalorili beslenme planlarının yetersiz olduğu durumlarda ilaçlardan da faydalanılmaktadır. İdeal bir obezite ilacının, yağsız dokuyu koruması ve özellikle vücutta visseral yağı azaltıcı etki etmesi gerekmektedir. Bu ideal ilaç, aynı zamanda iyi tolere edilebilmeli ve tedaviyi gerçekçi bir kilo kaybıyla sonuçlandırmalıdır. Günümüzde de yapılan obezite araştırmalarında ana hedef, böyle ideal bir ilacın insanlara sunulabilmesidir (GÖKBUNAR, vd., 2015).

Çocuklarda ve ergenlerde obezite tedavisi amacıyla ilaç kullanımına ilişkin net bir protokolden söz edilememektedir. Öncelik ilaç ve cerrahi tedavi seçenekleri dışında yaşam şekli değişikliklerine verilmektedir. Ancak; yaşam şeklinde yapılan değişikliklerin yeterli kalmadığı durumlar da olabilmektedir. Bu gibi durumlarda uygun görülen hasta gruplarında kullanılması amacıyla; ABD'nin SB'na bağlı; (gıda, diyet eklentileri, ilaç, biyolojik medikal ürünler, kan ürünleri, medikal araçlar, radyasyon yayan aletler, veteriner aletleri ve kozmetiklerden sorumlu bürosu) United States Food and Drug Administration / Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) 2000 senesinde 10 yaş üzeri çocuklar için Metformin, 12 yaş üzeri çocuklar için ise, Orlistat isimli ilaçların obez çocuklarda kullanılmasına izin vermiştir (YAVUZ ve TONTUŞ, 2013).

İlaçla obezite tedavisinin uygulanmasında, eczacıların hastaya danışmanlık hizmeti vermeleri ve ilaç etkileşimlerinin belirlenmesi ile hastaya çözüm yolu sunulmasına dönük yaklaşımlar da önemlidir (BAYRAKTAR, 2010).

2.8.4. Cerrahi Tedavi

Morbid obezite tedavisinin cerrahi yöntemle tedavisi 1950'lere , jejunioileal by-pass tekniğinin geliştirilmesine dayanmaktadır (YETKİN ve ÇİMEN, 2010). Dünya'da olduğu gibi ülkemizde de yaygınlık kazanan bir yöntemdir (SEVİNÇER, 2016). Çok fazla sayıda cerrahi yöntem çeşitliliğinin olmasına karşın her birinin ciddi yan etkileri söz konusudur. Bu riskler arasında anestezi ile ilgili riskler, ameliyat esnasında karşılaşılabilen sorunlar ya da ameliyat sonrası riskler sayılabilir. Cerrahi müdahale

sonrasında yaklaşık olarak fazla kilodan %61,2 oranında kilo vermek, hipertansiyon, diyabet ya da uyku apnesi gibi sağlık sorunlarının hastaların yaklaşık %60-80 kadarında düzene girmesini sağlar. Kilo vermek amacıyla; cerrahi tekniği sıklıkla kullanılacak bir yöntem olarak benimsemek güç olsa da morbid obez seviyesindeki hastalarda en etkili tedavi seçeneği olduğu kabul edilmelidir. Bu tedavi seçeneği tercih edilmeden önce, yapılacak olan müdahalenin getireceği riskler morbid obezite halinde diğer tedavi seçeneklerinin getireceği riskler ile karşılaştırılmalı ve yıllarını bu şekilde geçirmiş kişilerde çoğunlukla hayatı tehlikeye sokan yandaş hastalıklar da göz önünde bulundurulmalıdır (YETKİN ve ÇİMEN, 2010).

Bariatrik Cerrahi ile tedavi edilecek hasta seçiminde, obezite cerrahi ile ilgili cerrah, kardiyolog, gastroenterolog, psikiyatrist ve psikologdan oluşan bir konseyde karar verilmelidir. Hastaların değerlendirmelerinde; hastanın cerrahi müdahale öncesinde bir patolojiye sahip olup olmadığı, yapılacak olan işlem ve sonrasındaki süreç hakkındaki bilgi seviyesi, cerrahi müdahaleden sonra meydana gelecek bedensel, sosyal ve psikolojik değişimlere ilişkin beklentisi, cerrahi müdahale sonrası meydana gelecek davranış değişiklikleri ve verilecek olan tıbbi tavsiyelere uyum sağlayabilme kapasitesi değerlendirmeye alınmalıdır (SEVİNÇER, vd., 2014).

Genetik olarak şişmanlığa yatkın çocukların, modern toplumsal ve çevresel koşulların etkisiyle şişmanlaması sonucu meydana gelen ve çocukluk dönemi obezitesinin yaklaşık %99'dan daha fazlasını oluşturan basit obezite durumlarında, en azından çocuk ve ergen gruplarda, çok uç durumlar haricinde ilaç ve cerrahi müdahalelere yer verilmemektedir (ARSLANOĞLU, 2009).

Kişilerin, vücudun belli bölgelerinde yoğunlaşan yağ birikmesinden kurtulmak amacıyla; sıklıkla başvuru yöntemlerinden biri olduğu bilinen liposuction benzeri bölgesel yağ dokusu alınması uygulamaları obezite tedavilerinde yer almamaktadır (BARIŞKIN, vd., 2013). Kişinin kilo vermeye yönelik davranış değişikliği yapmadığı sürece, estetik kaygılarla, cerrahi müdahale yoluyla bedenin belirli bölgelerinden yağ alınması sonrasında bu bölgelerde yeniden yağ birikmesi meydana geldiği belirtilmektedir (TEZCAN, 2009).

2.8.5. Psikoterapi Desteği ile Zayıflama

Psikoterapi, daha önceleri Şamanlar tarafından tedavi amacıyla, Eski Yunan ve Mısır'da uygulanmıştır. Ancak; bizim kullandığımız şekliyle, psikiyatrik bir tedavi yöntemi amacıyla kullanımı 19. Y.Y.'da olmuştur. İlk olarak; Freud uyguladığı hipnoz yöntemlerinin üzerine psikanaliz kuramını inşa etmiş ve ardından, S. Ferenczi, J. Bowlby, M. Klein, , K. Horney, E. Fromm, A. Adler ve H.S. Sullivan, yaptıkları çalışmalarla, kişinin gelişimsel sürecinin farklı tarafları üzerine psikanalizin zenginleşmesine katkıda bulunmuşlardır (ÖZMEN, 2008).

Daha sonraları; dinamik psikoterapiler, terapistte psikanalizde olduğundan daha aktif olmasına alan tanıyan, esnekliğe sahip olan, zemininde psikanalitik teknikleri kullanan terapi teknikleri olarak fazlaca uygulanır hale gelmiştir. Bununla birlikte, Pavlov'un şartlı refleks ve koşullanma ilkelerini temel alarak, Skinner ve diğer araştırmacılar bugün ki modern davranış tedavisi yöntemine temel oluşturduklar (ÖZMEN, 2008).

Diğer yandan da A. Beck duygu ve davranışlarımızda belirleyici olan şeyin düşüncelerimizde olduğunu savunarak, bilişsel kuramı psikoterapi yöntemlerine kazandırdı (ÖZMEN, 2008).

Psikoterapilerde, üzerinde çalışılan ve değişiklik hedeflenen konular, yardım alan kişinin uyumunu bozan veya uyumuna engel olan davranış biçimleridir. Psikoterapiler aracılığıyla kişide yaşadığı sorun üzerine bir farkındalık meydana getirmek ya da kişinin yaşadığı semptomu ortadan kaldırmak hedefiyle, zeminine normal ve patolojik gelişim kuramlarını alarak, terapist ile yardım alan kişi arasındaki etkileşim ve iletişime dayanan, soruna ilişkin davranışlarda değişimi hedef alan psikiyatrik tedavi yöntemleridir. Psikoterapi bazı bozukluklarda (örn. Obeziteye sebep olan YB) öncelikli olarak tercih edilecek tedavi yöntemi iken, bir takım bozukluklarda, (örn. Kişinin sosyal uyumunu ve işlevselliğini yoğun şekilde olumsuz etkileyen Şizofreni) diğer tedavi seçenekleri (örn. Farmakolojik tedavi) ile aynı anda uygulandığında çok daha iyi sonuçlar elde etmek mümkündür. (ÖZMEN, 2008).

Toplum sağlığı içinde büyük problem olan obezite, araştırmacıların bazıları tarafından psikosomatik rahatsızlık olarak belirtilmiştir. Obez hastalarla yapılan ilk

araştırmalarda, normal nüfustan farklı psikopatoloji belirlenmiştir (EREN ve ERDİ, 2003).

2.8.5.1. Psikanaliz

Terapiler içerisinde uygulanması en yoğun ve uzun psikoterapi yöntemidir. Kişi analist tarafından, haftada 3() seanstan az olmamak üzere, en fazla 5 seans şeklinde 3 ila 6 sene takip edilir. Uygulama yöntemi olarak da diğer terapilerden farklı olarak; terapist hastanın görüşünde olmayacak biçimde, hasta divanda uzanmış pozisyonudur. Çocukluk dönemindeki yaşantıların, terapi süreci içinde tekrar ortaya çıktığı anlarda çalışılması esasına dayanır. Çocukluk dönemine ait önemsenen kişilerle kurulan ilişki biçimlerinin terapi süreci boyunca terapistle tekrar yaşanacağı değerlendirilir ve terapi süreci içerisinde çatışmaların sağlıklı çözümlenmesine abalanır. Uygulayıcılar da eğitimlerinin gerekliliğinden dolayı, bireysel analizlerinden geçmelidir. Ayrıca, hastalarını deneyimli psikanalistlerin süpervizyonu eşliğinde izlemeleri gereklidir. Bu alanda eğitim almış kişilerin az olması nedeniyle, tedavinin uzun sürmesinin, maddi külfetinin ağır olması YB ve bir çok rahatsızlıkta uygulanabilmesini zorlaştırmaktadır. Sınırlı hastaya uygulanabilmesi mümkün olabilmektedir (ÖZMEN, 2008).

2.8.5.2. Dinamik (Psikanalitik) Psikoterapiler

Psikanalizden farklı olarak seanslar haftada 1 ya da 2 seans şeklinde planlanır. Yine psikanalizden farklı olarak; terapist hastanın görüş alanı içinde, karşılıklı olacak biçimde oturulur. Kullanılan teknikler ve temel ilkeler açısından klasik psikanlizde kullanılan yaklaşımın benimsenmesiyle birlikte ihtiyaç duyulduğu zamanlarda diğer psikoterapötik teknikler ya da ilaçlar da tedaviye eklenebilir. Kişinin kurmuş olduğu sosyal ilişkiler ve tedavi sürecinde terapist ile ilişkisinde yer alan sorunlar ve savunucu davranış biçimleri tanımlanır. Duyusal baş etme yöntemi olarak yemek yeme davranışını kullanan, TYB olan hastalarda ya da diğer YB'da duyguların yeniden düzenlenmesi ve sağlıklı yemek yeme davranışları ile daha işlevsel savunma mekanizmalarının kişinin yaşantısına dahil edilmesi yönüyle kilo ve bedensel algılarla ilgili sorun yaşayan hasta grubundaki etkisi önemlidir (ÖZMEN, 2008).

2.8.5.3. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Obezitenin tedavisinde BDT hasta ile işbirliği yapılarak, hastanın düşünce şeklini ve bu düşüncelere neden olan inançlarını araştırır. Terapideki hedef işlevsel olmayan, yanlış düşünceleri öncelikle belirlemek, sonrasında ise bu yanlış düşünceleri daha işlevsel olanlarla değiştirerek, bireyin sosyal çevresiyle yeniden düzenlenmiş, daha sağlıklı ilişkiler oluşturabilmesini sağlamaktır. Terapist öncelikle, danışanın/hastanın yemek yeme davranışı üzerinde kontrollü olabilmesini hedefler. Başlangıçtaki ilk seanslar hastaya psiko-eğitim verilmesinin sonrasında, işlevsel tavsiyeler davranışçı tekniklerle hastaya/danışana aktarılır. Ardından, terapinin bir sonraki basamağında yanlış inançlar, işlevsel olmayan hatalı düşünceler ve kişinin kullanmakta olduğu çarpıtmalar belirlenerek, BDT teknikleri yoluyla yeni düşünce şekillerinin oluşumu, eskilerinin bırakılması hedeflenir. Terapinin son evresine gelindiğinde ise; buraya kadar öğrenilmiş davranışlar üzerinde durulur, ilerleyen dönemlerde yine kilo ile alakalı bir sorun yaşaması halinde terapide öğrendiklerini kullanarak neler yapabileceği aktarılır (ÖZMEN, 2008).

Bununla birlikte, obez hastalar için davranış tedavileri sıklıkla bir terapistin liderliğinde, 10-12 kişilik gruplarla, haftalık 1-2 saat süren oturumlar şeklinde, 12 hafta ile 20 hafta arasında süren toplantılar şeklinde de uygulanır. Programların çoğunluğunda aralarda destek toplantıları da yapılır (GÜLAY, vd., 2016).

2.8.5.4. Kendi Kendine Yardım Terapisi (KKYT)

TYB için kişilerin kendi kendilerine sorunlu yeme davranışının üstesinden gelerek, TYB'nin ortadan kaldırılarak, fazladan kalori alınmasının sınırlandırılması ve kişinin zayıflamasında kontrolü sağlaması hedeflenmektedir. Kişinin kendini kontrol ederek izlemesi ve bir problemin varlığını hissettiğinde, yaşadığı olumsuz duygularla baş edebilmesi için birtakım yollar sunularak, daha sağlıklı ve işlevsel yeme düzenin oluşturulabilmesini sağlamaktadır (ÖZMEN, 2008).

2.8.5.5. Davranışçı Yöntemlerle Kilo Verme Terapisi (DYKVT)

Yapılan sportif faaliyetlere ek olarak, kişinin günlük aldığı kalori miktarında sınırlamalar yapmayı içeren ve davranışçı kurama dayanan bir tedavi şeklidir. Bu terapi

yönteminde seanslar 16 (on altı) hafta boyunca devam eder, elli dakikalık seanslar şeklinde planlama yapılır. Yapılan araştırmalarda, BDT uygulanan kişilerde, DYKVT uygulanan kişilere oranla zayıflamaya destek olması açısından daha faydalı olduğu gösterilmiştir (ÖZMEN, 2008).

2.8.5.6. Kişiler Arası Psikoterapi

Kısa süreli psikoterapi yöntemlerinden olan kişilerarası psikoterapi, kişiler arası problemleri odak noktasına alan, kişilerarası bozulan ilişkilerin yeniden düzenlenmesini ve depresif göstergelerin azaltılmasını amaçlayan bir psikoterapi yöntemidir (ALTIN, 2012).

Bu yöntemde, sürecin ilk üç seansı tedaviye başlanan ilk iki haftada, sonrasında takip eden seansların ise birer hafta aralıklarla yapıldığı ve her seansın ortalama elli dakika olarak oluşturulduğu bir tekniktir. Fakat; bu yöntemde ilk seans için istisnai bir durum olarak iki saati aşması olasıdır. Bu teknikte; zayıflama problemine de temel oluşturduğu düşünölen işlevsel olmayan yeme davranışlarının, kişilerarası seviyede irdelenmesini ve kişiler arası gündelik sorunların ortadan kaldırılarak, var olan ilişkilerin yeniden şekillendirerek tekrar bir düzenleme hedefleyen tekniktir (ÖZMEN, 2008).

2.8.5.7 Transteoretik Temelli Motivasyonel Görüşme

Transteoretik Model (TTM) James Prochaska ile Carlo Diclemente isimli psikologlar tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Model davranış değişiminin adım adım gelişme gösteren bir süreç olduğunu belirtir (MILLER ve ROLLNICK, 2002). Değişim adımları modelin organizasyonunun merkezidir (TOSUN ve ZİNCİR, 2016).

Model ilk olarak; düşünmeme (precontemplation) adımıyla başlar, daha sonra, düşünme (contemplation), eylem öncesi için hazırlık (preparation) aşamaları ile devam eder. Eylem/hareket (action) ve devam ettirme (maintenance) adımları sonrasında, son olarak da sonlandırma (termination) adımıyla aşamalar sonlanır. Değişim sürecinde, kişinin durumuyla alakalı olarak, tutumu, niyeti ve davranışlarını bu adımlar yansıtır (TOSUN ve ZİNCİR, 2016).

İlk basamak olan düşünmeme adımında kişi; sorunun çok az farkındadır veya tamamiyle sorunundan habersizdir ve sorunu ortadan kaldırmaya da isteksizdir. Bu adımda olan bireyler gelecek olan altı ay için de soruna ilişkin davranışlarını değiştirme düşüncesinde değildir (TOSUN ve ZİNCİR, 2016).

Düşünme adımına gelindiğinde, kişiler hem sorunlarını hem de değişimin olumlu ve olumsuzluklarını değerlendirerek, değişimi düşünmeye başlar. Sıklıkla bu adımda olan kişiler takip eden altı ay sürecinde soruna ilişkin davranışlarında değişiklik yapmayı düşünürler (TOSUN ve ZİNCİR, 2016).

Kişiler hazırlık adımına geldiklerinde önlerindeki bir ay zarfında harekete geçmek için niyetlidirler (TOSUN ve ZİNCİR, 2016).

Hareket/eylem adımı ise; soruna ilişkin davranışlarda değişiklik yapıldığı ya da sorunun ortadan kaldırıldığı adımdır ve geçmiş altı ay zarfında kişilerin yaşamlarında belirgin değişimler gerçekleşmiştir (TOSUN ve ZİNCİR, 2016).

Devam ettirme adımı değişimin yaşandığı ilk altı aydan sonra sonsuz sürenin başladığı adımdır (TOSUN ve ZİNCİR, 2016).

Sonlandırma bölümünde ise; kişinin eski sağlıksız davranış biçimlerine geri dönmek adına hiçbir isteğinin olmadığı ve öz yetkililik seviyesinin eksiksiz biçimde tam olduğu zaman dilimidir. Bu adımlar, sorunlu davranışı değiştirme girişimlerinde yararlanılan strateji ve taktiklerdir (TOSUN ve ZİNCİR, 2016).

Bu terapi tekniği ile obeziteye yol açan yanlış yeme davranış kalıplarının değiştirilerek fazla kalori alımının sınırlandırılması ve kilo kaybı ile sağlıklı kilo sınırlarına ulaşmak hedeflenir.

2.8.5.8 Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT)

Diyalektik sözcüğü Yunanca'da "tartışma, söyleşi" manasına gelen "dialegein" sözcüğünden gelmektedir. Marsha Linehan ilk kez bireysel yaşam tecrübelerinden edindiği birikimle yola çıkarak, Sınırdaki Kişilik Bozukluğu tanılı hastalarla yapmış olduğu çalışmalar sonucunda Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT)'yi geliştirmiştir. DDT sınır kişilik bozukluğu hastaları için geliştirilmiş, kanıta dayalı bilişsel-davranışçı

terapilerden III. dalga ekoldür. Linehan, sosyal öğrenme kuramı ile BDT tekniklerinin temel prensiplerini karmaşık yapıda ve öz kıyım riski fazla hastalarda uygulamıştır. Bu uygulamaları esnasında; zaman içerisinde hastanın değişmesine yapılan yoğun vurgulamanın, terapi sürecinde olumsuz bazı etkilerini keşfetmiş, hastaların yaşadığı fazlaca acı veren duygu ve deneyimleri kabul ve entegre edebilmeye fırsat sunacak farkındalık temelli uzak doğu felsefelerini de kuramına eklemiş ve kurama günümüzde kullanılan son şeklini vermiştir (SARGIN ve SARGIN, 2015).

Sınırdaki Kişilik Bozukluğu tanılı hastalara dönük geliştirilmiş, kişilerin duygularının düzenlenmesini amaçlayan bir tekniktir ancak; gün geçtikçe uygulandığı alan giderek artmaktadır. Sınır Kişilik Bozukluğu hastalarıyla kalmayıp; bi-polar bozukluk, davranış bozuklukları olan ergenlerde, intihar amaçlı olan ya da olmayan kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerde ve YB’da başarıyla uygulanmaktadır. (ÖZMEN, 2008; KAYA ve ALYANAK, 2017)

Obezite problemi yaşayan bireylerin, şişman olmaları sebebiyle beden algıları ile benlik algıları ya da kilo verememek gibi sebeplerle ortaya çıkan duygusal zorlanmanın ortadan kaldırılmasına karşı çalışılmaktadır. Terapi süreci boyunca kişinin duygularına düzen verebilme kabiliyetinin artırılması ve bunu gündelik sosyal yaşantısı içerisinde kullanabilmesi sağlanmaktadır (ÖZMEN, 2008).

2.9. OKUL SAĞLIĞI UYGULAMALARI

Sağlık hakkı hem ulusal hem de uluslararası yasalarda bulunan kişilerin vazgeçilemez ve en temel haklarından biridir. Kabul eden ülkeler arasında ülkemizin de bulunduğu Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin 24. Maddesi “Her bir çocuğun sağlık ve sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı vardır” şeklindedir. Burada önemli olan bir diğer husus da bu sözleşmeye göre 18 yaşına kadar kişi çocuk olarak kabul edilmektedir (ÖZCAN, vd., 2013).

Sağlık denildiğinde, sadece hasta ya da sakat olmamak değil, bireyin hem fiziksel, hem psikolojik hem de sosyal yönleriyle iyi olması ifade edilir. Okul sağlığı ise; okul çağındaki her bir öğrencinin bedensel, sosyal ve ruhsal gelişimlerini

desteklemek amacıyla uygulanan, okullarda ya da okullarla ilişkisi olan tüm aktivite, hizmet ve planlardır. Ana sınıfından liseye kadar her bir çocuğu ilgilendiren bir konudur. 2011-2012 eğitim öğretim yılı verilerine göre, öğrenciler toplam nüfusun yaklaşık olarak %22,5'lik kısmını oluşturmaktadır. Bununla birlikte 800 binden fazla eğitim çalışanın da okul sağlığı kapsamında değerlendirilmeleri gereklidir (ÖZCAN, vd., 2013).

Çocukların zamanlarının çok büyük bir bölümünü okul ve okul içi etkinlikler oluşturmaktadır. Bu sebeple okul ortamı, çocukların yeme alışkanlıklarını kendi kendine ve sağlıklı biçimde geliştirecek şekilde olmalı ve fiziksel aktivite imkanları barındırmalıdır (ERGÜL ve KALKIM, 2011).

2.9.1. Dünya’da Okul Sağlığı Uygulamaları

Okul sağlığı programlarının dünyada uygulanmaya başlaması 19. Y.Y. ile olmuş ve 20. Y.Y. ile birlikte özellikle gelişmiş ülkelerde rutin hizmetler arasına alınmıştır. 1830’lu yıllarda Fransa’da çıkarılan iki yasa sayesinde okullarda hijyen koşullarının denetimi ve okullarda sağlık hizmeti sunulması uygulanmaya başlanmıştır. Alman göz doktoru Hermann Cohn’un 1866 senesinde 7568 öğrenciye göz muayenesi yapması okul sağlığı çalışmalarında dönüm noktası olmuştur. Bu çalışmanın sonrasında başka ülkelerde de doktor ziyaretleri planlanmış ve sonrasında bulaşıcı hastalıkların kontrol edilebilmesi amacıyla sağlık ekipleri kurulmuştur. Zamanla okul sağlığı hizmetlerini sunan ekiplerde ihtiyaçlara göre genişletme çalışmaları yapılmıştır. Okul sağlığı hizmetlerinin sağlıklı yürütülebilmesi, sağlık çalışanlarının, birey, aile ve toplum ile iş birliği sağlanması ile mümkün olabilmektedir (ÖZCAN, vd., 2013).

2.9.2. Türkiye’de Okul Sağlığı Uygulamaları

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunulmasında yapılan sistem değişikliği ile birlikte Aile Hekimliği uygulamasına geçiş yapılmıştır. Okul sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde Aile Hekimliği uygulaması önemli bir dönüm noktasıdır (ÖZCAN, vd., 2013).

TUIK verilerine baktığımızda; 2015-2016 Eğitim-Öğretim yılında ilkokul, ortaokul ve ortaöğretimde toplamda 961.331 öğretmen ve 16.379.852 öğrenci vardır ve hepsi okul sağlığı kapsamında değerlendirilmelidir. (TUIK, 2016)

Ülkemizde okul sağlığı geçmişine bakıldığında, cumhuriyetin ilk yıllarında okul sağlığına yönelik bazı uygulamalar bulunmaktadır. Çocuklara aşı ve sağlık taraması uygulamaları yapılmıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarında müfettişlere okullardaki hijyen koşullarını ve öğrencilerin sağlık durumlarını inceleme yetkisi verilmiş ve Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) okullarda bulaşıcı hastalıklardan korunmak için alınacak önlemlerin bulunduğu bir genelge yayınlamıştır. Günümüzde okul sağlığı hizmetleri, Aile Hekimliği uygulaması ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) arasında paylaşılmıştır. Okul sağlığı hizmetlerinin başarıya ulaşması için, toplum, aile, birey ve sağlık profesyonellerinin işbirliğine ihtiyaç bulunmaktadır. Öğretmen, Okul Hemşiresi, Okul Hekimi, Beslenme Uzmanı, Okul Yöneticileri, Öğretmenler, Veliler, Sosyal Hizmet Görevlisi, Spor Öğretmeni, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık (PDR) uzmanı, Okul Psikoloğu, Odiolog ve Diş Hekimi'nin bulunduğu ekibin ortak çalışması ile başarı sağlanabilir (ÖZCAN, vd., 2013).

Günün önemli bir bölümünde, resmi-özel kurum/okullarda eğitim ve öğretim gören kursiyer/öğrenciler, ile öğretmen ve diğer yardımcı personeller gıda ihtiyaçlarını kurum/okulların kafeterya, büfe, çay ocağı, kantin, yemekhane vb. birimlerinden karşılamaktadır. Bu ihtiyaçların sağlıklı bir biçimde karşılanabilmesi için yapılan çalışmalar da okul sağlığı uygulamaları kapsamında değerlendirilmektedir.

Gıda güvenliğine dikkat edilmeden üretilerek, satış ve tüketime sunulan gıdalar, zehirlenmelerin ve bulaşıcı hastalıkların önemli bir kaynağını oluşturmaktadır. Diğer taraftan enerji değeri yüksek fakat besin değeri düşük yiyecek ve içecekleri kontrolsüz şekilde tüketmek, dengesiz beslenmenin sonucu olarak, diş/kemik hastalıkları, çeşitli mineral ve vitamin bozuklukları, zayıflık ve/veya obeziteye neden olmaktadır. Bu sorunlar da yetişkinlik dönemine gelindiğinde diyabet, bazı kanser türleri ile kardiyovasküler rahatsızlıklar gibi çeşitli hastalıklara zemin oluşturmaktadır (ÖZTORA, 2005).

2.9.2.1. Okul/Kurumlardaki Yemekhane, Kantin, Kafeterya, Büfe, Gıda İşletmelerinin Kontrol ve Denetimi

Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, SB ve MEB ile üniversitelerin Gıda Mühendisliği, Halk Sağlığı Anabilim Dalları, Beslenme ve Diyetetik Bölümleri ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümlerinde görev yapan öğretim üyelerinden oluşan, SB-Okul Sağlığı Bilim Kurulu oluşturulmuştur. Bu kurul ve alakalı kuruluş/kurumlarca, başta DSÖ ile Avrupa Birliği (AB) önerileri, dünyada yapılan uygulamaların incelenmesi, şuan içinde bulunulan durum ve yapılan çalışmalar sonucunda “Okul Kantinlerinde Satılacak Gıdalar ve Eğitim Kurumlarındaki Gıda İşletmelerinin Hijyen Yönünden Denetlenmesi”ne ilişkin Genelge 2016-2017 eğitim ve öğretim yılı itibariyle yürürlüğe konulmuştur. Bu genelge ile çalışan, kursiyer ve öğrencilere sağlıklı beslenme ortamlarının sunulması, doğru beslenme alışkanlıklarının kazandırılabilmesi ile dengeli ve yeterli beslenmenin teşvik edilebilmesi, gıdaların güvenilirliğinin sağlanarak, bulaşıcı hastalıklar, gıda zehirlenmeleri ve dengesiz/yetersiz beslenme sonucunda meydana gelebilecek kalp damar, diyabet, obezite vb. hastalıkların önlenmesi amaçlanmıştır. (MEB, 2016)

2.9.2.2. “Okul Kantinlerinin Denetimi ve Uygulanacak Hijyen Kuralları” Genelgesi

Resmi Gazete’de yayımlanan 5 Şubat 2013 (Salı) tarihli ve 28550 sayılı yönetmelik ile okul kantinlerinde uygulanacak özel hijyen kuralları belirlenmiştir. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı’nın yayınladığı bu yönetmelikle MEB’na bağlı olarak eğitim ve öğretim hizmetlerini yürüten kurumlar bünyesinde hizmet veren kafeterya, yemekhane, kantin, çay ocağı, büfe gibi gıda hizmetleri sunan işletmelerin gıda güvenliğine, özel hijyen kurallarına ve yapılacak resmi kontrollerle alakalı kuralları belirlemektedir. Yönetmelik 3 bölüm ve 32 maddeden oluşmaktadır. (MEB, 2013)

2.9.2.3. Beslenme Dostu Okul Projesi Uygulaması

SB ve MEB, 21.01.2010 tarihinde imzaladıkları protokolle “Beslenme Dostu Okullar Projesi”ni başlatmışlardır. Bu projeye göre, başvuru yapan okullar, hem Milli Eğitim Müdürlüğü (MEM) hem de Sağlık Müdürlüğü Çevre Sağlığı Şubesi yetkilileri aracılığıyla değerlendirilerek, 90 ve üzerinde puan alabilen okullar 3 yıl boyunca

“Beslenme Dostu Okul Sertifikası” almaya hak kazanmaktadır. Puanlama 100 puan üzerinden yapılmaktadır (Tablo – 5) (ÖZCAN, vd., 2013).

Tablo 5. Beslenme Dostu Okul Sertifikası Puanlaması

Puanlanacak Alan	Puan Değeri
Yönetim Faaliyetleri	30
Eğitim Faaliyetleri ve Farkındalığın Arttırılması	20
Okul Sağlığı Hizmetleri	6
Destekleyici Okul çevresi Oluşturma ve Fiziki Koşullar	44
TOPLAM	100

2016 yılının Eylül ayında yayımlanan Beslenme Dostu Okullar Programı Uygulama Kılavuzu doğrultusunda programın uygulanması sağlanmaktadır. Programın amacı; ülkemiz genelinde MEB’e bağlı özel/resmi kurumlar/okulların sağlıklı beslenme ile hareketli yaşam konularında motive edilmeleri ve bu alanda yapılan iyi örnek uygulamaların desteklenerek okul ortamı ve öğrencilerin sağlıklarının geliştirilmesidir (MEB, 2016).

2.10. OBEZİTE ile MÜCADELEDE VERGİLENDİRME

Son yıllarda neredeyse her ülkede obez bireylerin sayısı artmaktadır. Artık obezite yalnızca bir hastalık olarak sağlık sorunu olmaktan çıkmış ve ekonomik bir sorun haline de gelmiştir. Bu nedenle, devletler bu soruna karşı mücadele etmeye ihtiyaç duymaktadırlar. Obezite ile etkili bir mücadele gerçekleştirebilmek, karşı karşıya kalınan bu sorunun ayrıntılı ele alınması, soruna sebep olan etkenlerin tespit edilmesi ve negatif sonuçların belirlenmesi ile elde edilen verilen ölçülmesi önem taşımaktadır. Obeziteye karşı yapılacak olan mali mücadele araçları, obezite için riskli gıda

ürünlerinin tüketiminin azaltılmasına olan etkisi yönüyle önemlidir. Batılı ülkelerde, obez kişilerin artışı, kişilerin gelirlerinin artmasıyla birlikte, gelir etkisi yoluyla tüketilmek istenen gıdalarda artış olması ve tarım teknolojilerindeki gelişmeye paralel olarak düşük üretim maliyetleri yoluyla besinlerin ucuzlaması ile gıdaya daha kolay erişim, dolayısıyla tüketiminin de artışı ile açıklanmaya çalışılır (GÖKBUNAR, vd., 2015).

Sağlıklı beslenme konusunda bilinçsiz kişiler, obeziteye yol açma riski daha yüksek gıdalar tercih ederler. Ancak; bu tür ürünlere yüksek vergilendirme yapmak etkisiz olarak görülmüştür. Çünkü; bu tür kişilerin böyle bir uygulamaya duyarsız oldukları görülmüştür. Yine yapılan araştırmalarda yüksek derecede enerji veren gıdaların, yüksek vergilendirilmesi de çözüm olmayabilir. Bunun nedeni de; kişilerin bu ürünlere karşı bağımlılık seviyesinde bağlanmaları nedeniyle uygulanacak fiyat değişikliğine rağmen ürünleri tercih edebilecek olmalarıdır. Çünkü; obez kişilerin bu tür ürünleri tüketmekten vazgeçebilme iradeleri, obez olmayanlarınkinden daha düşüktür (GÖKBUNAR, vd., 2015).

Vergilendirmelerin yeterli etkiyi oluşturamamasına bir sebep de düşük seviyede kalan gelir düzeyleri olabilir. Daha sağlıklı ürünlerin daha pahalı olması insanları beslenme ihtiyaçlarını karşılarken yalnızca fiyatı önemsemelerine ve daha ucuz olan yüksek enerji içeren düşük besleyici ürünlere yönlendiren bir etki edebilir. Bu da kısa dönem için ekonomik gibi görünse de uzun vadede fazla enerji alımı nedeniyle obeziteye neden olan bir etki meydana getirebilir. (GÖKBUNAR, vd., 2015)

Gerçekleştirilen bu çalışmalarla birlikte, obezite vergilerinin ne derece etkili olduğunu araştıran çalışmaların sayılarında da artış vardır. Yapılan çalışmalar uygulamanın başarısının oldukça sınırlı olduğunu belirtmektedir. Kişilerin kiloları üzerinde fiyatların düşük düzeyde etkili olduğu değerlendirilmektedir (ÜNLÜ, 2017).

2.11. OBEZİTE VERGİSİNİN TÜRKİYE'DE UYGULANABİLİRLİĞİ

Ülkemizde tüketilen ürünler üzerinden alınan Katma Değer Vergisi (KDV) ve Özel Tüketim Vergisi (ÖTV) aşırı şişmanlık ve obezite sorunları düşünülerek planlanmamıştır. Fakat; obezite problemini göz önüne alan bir vergilendirme sistemi belirlenir ise, obeziteyi arttıran sağlığı olumsuz etkileyen ve fazla enerji içeren besin ve içeceklerin daha fazla vergilendirilmesi gerekecektir (AKAR, 2015).

Ülkemizde kamu sağlığının korunması için şeker içeren ya da şekerle tatlandırma işlemi uygulanmış meşrubatlar ve sağlıksız yağlardan ayrıca bir vergi alımı gerçekleştirilebilir. Yine aynı amaçla, abur cubur vergilendirmesi, cips vergisi, içeriğinde fazla kafein ile tuz bulunan ürünlerden de vergi alınabilir. Sağlıklı ürünlerin tüketiminin teşvik edilmesi amacıyla; sağlıklı olan besin ve içeceklerden daha az, sağlıksız olanlardan daha fazla vergi alınması uygulanabilir. Fakat böyle bir çalışma tercih edilmeden önce, obezite vergilerinde iyi bir tasarım çalışması yapmak, fayda-maliyet oranları üzerine analiz çalışması yapmak, iyi bir idari teşkilat yapılması sağlamak, özel sektör ve vatandaşların iyi bilgilendirilmesi çok önemlidir. Bu çalışmalar yapılmadan uygulanacak bir sistemde, obezite ile mücadelede istenen başarı sağlanamayabilmektedir (AKAR, 2015).

Obezite vergileri sağlıksız ürünlerin tüketimini azaltıcı etkisiyle gelir dağılımında da etkiye neden olmaktadır. Bu türden vergiler düşük gelirli aileleri, yüksek gelirli ailelerden daha fazla etkilemektedir. Bu nedenle de vergi yükü dar gelirli aileler üzerine kalmaktadır. Ülkemizde de artan obezite nedeniyle toplumun bilinçlenmesi son derece önemlidir. Bu nedenle KDV ve ÖTV'nin düzenlenmesi önem taşımaktadır. Sonrasında ise, yüksek kafein ve tuz içeren ürünlere ait bir vergi, abur cubur vergisi ile cips vergisi gibi uygulamalar söz konusu edilebilir. Bu tür bir uygulamadan bu ürünleri tüketen kesim etkilenecektir. Fakat, yeni bir vergilendirme yapılması, halkın tepkisine neden olabilir. Bu durum firma dengelerini de etkileyebilir. Bu nedenlerle, sağlıklı ve enerjisi düşük ürünlerden az, sağlıksız ve fazla enerji içeren gıdalar ve meşrubatlardan fazla vergi alınması uygulaması yapılabilir (AKAR, 2015).

III. YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu bölüm, araştırmanın yapılma amacına uygun biçimde uygulanan, Araştırma Amacı, Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular, Araştırmanın Yeri ve Zamanı, Araştırmanın Sınırlılıkları, Araştırmada Kullanılan Evren ve Örneklem, Araştırmanın Şekli, Verilerin Toplanması, Veri Toplama Araçları ve Yöntemleri, Elde edilen Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analizi'ne ilişkin bilgiler verilmiştir.

3.1. ARAŞTIRMA AMACI

Bu araştırmada, bir ortaokulda obezite prevalansı, obezitenin sosyal anksiyete, depresyon ve benlik saygısı ile ilişkisi incelenmiştir.

Obezite, bedensel bir hastalık olmasının yanı sıra ruhsal ve sosyal alanlara ilişkin birçok etkisi bulunmaktadır. Bu durum kişinin işlevselliğini olumsuz etkilemektedir. Yapılan bu çalışma ile obezitenin yaygınlığı konusunda veri elde etmek ve obez olan bireylerin yaşadıkları ruhsal ve sosyal sorunlar araştırılarak, obez bireylerle yapılacak olan terapilere bilimsel bir dayanak ve kaynak sunmak amaçlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

1. Araştırma yapılacak olan okulda obezite prevalansı nedir?
2. Obez olanlar ve olmayanlar arasında sosyal anksiyete açısından bir farklılık var mıdır?
3. Obez olanlar ve olmayanlar arasında benlik saygısı açısından bir farklılık var mıdır?
4. Obez olanlar ve olmayanlar arasında depresyon açısından bir farklılık var mıdır?

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI

Araştırma İstanbul ili, Bayrampaşa İlçesinde Milli Eğitim Bakanlığı (MEB)'na bağlı Mehmet Akif İnan Ortaokulu'nda, 2017-2018 Eğitim/Öğretim döneminde; 01.12.2017 tarihi ile 01.06.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Aşağıda belirtilen durumlar araştırmanın sınırlılıkları olarak kabul edilmiştir.

Araştırma yalnızca İstanbul ili Bayrampaşa ilçesinde yer alan bir ortaokulda gerçekleştirilmiştir. Bu okula kayıtlı toplam 1921 öğrenci araştırmanın evrenini, 169 öğrenci de araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Araştırma sonucu elde edilen veriler, başka okulların da dahil edilmesi halinde farklılık gösterebilir.

Bu nedenle araştırmanın farklı okullarda da yapılmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir.

3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmaya belirlenen okulda eğitim ve öğretimini sürdüren 9-15 yaşları arasında %52,37'si erkek $n=1006$ (yaş $\bar{x}=11,357$ $ss=1,270$), %47,63'ü kız $n=915$ (yaş $\bar{x}=11,345$ $ss=1,242$), toplam $n=1921$ (yaş $\bar{x}=11,364$; $ss=1,640$) öğrenci araştırma evreni olarak atanmıştır. Bu öğrenciler arasından 9-13 yaşları arasında $n=169$ (yaş $\bar{x}=11,846$; $ss=0,957$) öğrenci seçkisiz olarak araştırma örneklemini olarak atanmıştır.

Araştırma örneklemini grubunun %59,76'sı $n=101$ 'i (yaş $\bar{x}=11,762$; $ss=1,001$) erkek öğrencilerden ve %40,24'ü $n=68$ 'i (yaş $\bar{x}=11,970$; $ss=0,880$) kız öğrencilerden oluşmaktadır.

3.5.1. Örneklem Grubuna Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırma yapılan okulda devam öğrenci statüsünde olmak,
- 5, 6, 7 veya 8. Sınıf öğrencisi olmak,
- Özel Eğitim Alt Sınıfı öğrencisi olmamak,
- Öğrencinin boy ve kilo ölçümlerinin doğru ve eksiksiz olarak yapılmış olması,
- Örneklem grubuna dahil edilmek için; yapılan bilgilendirme toplantısı sonrasında çalışmaya katılmak için gönüllü olmak,
- Verilen Bilgi formu ve ölçeklerde istenen bilgileri tam olarak doldurmuş olmak.

3.6. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma yapılan kurumda eğitim öğretim gören öğrencilerin Obezite Prevelansı, Sosyal Anksiyete, Depresyon ve Benlik Saygısı ile ilişkisini tespit edebilmek amacıyla öncelikle tarama modeli kullanılmış ve öğrencilerin BKİ dağılımları tespit edilmiştir.

Öğrencilerin BKİ dağılımlarının tespit edilmesinin ardından, obez, fazla kilolu ve normal kiloya sahip öğrencilerden seçkisiz biçimde belirlenen 169 öğrenciden elde edilen BKİ değerlerinin; Sosyal Anksiyete, Depresyon ve Benlik Saygısı ile ilişkilerini araştırmak amacıyla korelasyonel araştırma yöntemi kullanılmıştır.

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

3.7.1. Çalışma Evreni Verilerinin Toplanması

Çalışma evreni verileri; öğrencilerin Beden Eğitimi ve Spor Dersi öğretmenleri eşliğinde, sınıfça okul spor salonuna davet edilmesi ve aynı şerit metre ile yer baskülü kullanılması yoluyla ölçümleri yapılarak yaş, cinsiyet, sınıf, boy ve kilo bilgileri not edilmiştir. Bu aşamada öğrencilerin; cinsiyete, yaşa, sınıf düzeylerine göre ve dağılımları ile ölçümlerden elde edilen verilerin Neyzi ve ark. tarafından Türk çocuklarına uygun normların belirlendiği, (Tablo – 1)'de yer alan Beden Kitle İndeksi

Persantil Değerleri tablosu kullanılarak yapılan sınıflandırma ile zayıf, normal kilolu, fazla kilolu ve obez çocukların prevalansı saptanmıştır.

3.7.2. Çalışma Örnekleme Verilerinin Toplanması

Tüm öğrencilerin dahil edilerek yapılan tarama çalışmasının ardından, normal kilolu, fazla kilolu ve obez öğrenciler arasından seçkisiz olarak öğrenciler belirlenmiş ve bilgilendirme toplantısı yapılmıştır. Yapılan bilgilendirmenin ardından çalışmaya katılmak için gönüllü olan öğrencilere veri toplama araçlarının hepsi aynı anda verilmiş ve eksiksiz bir biçimde doldurmaları için istedikleri kadar süre verilmiştir.

3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI ve YÖNTEMLERİ

Veriler bağımlı ve bağımsız değişkenlerin ölçümü yoluyla elde edilmiştir.

3.8.1. Veri toplama Araçları

Belirlenen öğrencilere yapılan bilgilendirme toplantısı ardından araştırmada veri toplama aracı olarak dört bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Bilgi Formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği (Yenilenmiş Biçim) formları verilerek bilgiler toplanmıştır.

3.8.2. Bilgi Formu

Araştırmanın örneklem grubuna dahil edilecek olan öğrencilerin tamamına aynı Bilgi Formu verilmiştir. Veri toplama aracının ilk bölümünde araştırmaya katılan çocukların cinsiyet, yaş, beden kitle indeksi, beden kitle indeksine göre grubu, kardeş sayısı, okula gelmeden kahvaltı yapma durumu, öğle yemeğini yediği yer, akşam yemeğini ailesiyle birlikte yeme durumu ve dönem sonu not ortalaması bilgilerinden oluşan demografik bilgi formu yer almaktadır.

3.8.3. Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği (Yenilenmiş Biçim)

Çocukların Sosyal Anksiyete düzeylerinin saptanabilmesi için; Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği (Yenilenmiş Biçim) uygulanmıştır. Bu ölçek; La Greca ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş, La Greca ve Stone (1993) tarafından revize

edilmiş ve Demir ve arkadaşları (2000) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları, 4-8. Sınıf aralığında (n=452) öğrencinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. 10 sorudan meydana gelen bu ölçek, 1993'de gözden geçirilmesinin ardından 18 soruluk bir ölçek haline getirilmiştir. Yazarlar; maddelerin belirlenmesi aşamasında sosyal anksiyetenin sosyal ortamlarda hissedilen sıkıntı/rahatsızlık ve olumsuz değerlendirilme gibi iki farklı bileşenini göz önüne aldıklarını bildirmektedirler. Ölçeğin ilk şeklinde kullanılan 10 sorunun tamamı ikinci formda da aynen kullanılmıştır. İlk form 3 seçenekli olarak yanıtlanabiliyorken, ikinci formda Likert tipi beşli yanıtlama şekli tercih edilmiştir. Ölçekte beşli likert tipinde (1: hiçbir zaman, 5: daima) 18 madde ve tek boyut bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 18-90 aralığında olup yüksek puan çocukların sosyal ortamlarda sıkıntı ve rahatsızlık duygusunun yüksekliğini ifade etmektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,88 olarak tespit edilmiştir.

3.8.4. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

Childrens's Depression Scale-CDI / (Çocuklar için Depresyon Ölçeği - ÇDÖ): Kovacs tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizdeki geçerlilik güvenilirlik çalışmalarını ÖY yapmıştır. 19 puan patolojik kesim noktası olarak belirlenmiştir. Ölçek 6-17 yaş arasındaki tüm çocuklara uygulanabilmektedir. 27 maddeden oluşan, öz bildirime dayalı bir ölçektir. Ölçekte 0, 1 ve 2 olarak kodlanan üçer ifadeden oluşan 27 madde ve tek boyut bulunmaktadır. Ölçeğin 20 maddesinde olumsuz ifade yüksek puan, 13 maddesinde olumsuz ifade düşük puan olduğundan 13 madde (2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24, 25) ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0-54 aralığında olup yüksek puan depresyonun yüksekliğini ifade etmektedir. (ÖY, 1991; KARAKAYA, vd., 2006)

27 maddeden oluşan ölçekte her bir madde için üç farklı seçenek yer almaktadır. Çocuktan son iki haftalık süre için kendisine uygun olduğunu düşündüğü cümleyi seçmesi gerektiği belirtilir. Örneğin; S maddesi için; 1. Kendimi yalnız hissetmem. 2. Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim. 3. Her zaman kendimi yalnız hissederim. Seçenekleri mevcuttur ve her maddeye belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan değeri verilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54'tür. Alınan puanın yüksek olması,

depresyonun da ağır olduğu anlamına gelmektedir. (AYSEV, vd., 2000) Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,84 olarak tespit edilmiştir.

3.8.5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin benlik saygısı düzeylerinin tespit edilebilmesi amacıyla Rosenberg (1965) tarafından geliştirilmiş olan Benlik Saygısı Ölçeği'nden yararlanılmıştır.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin Türkiye'ye uyarlanması çalışmaları, ÇUHADAROĞLU (1986) gerçekleştirmiştir. Rosenberg, benlik saygısı kavramından bahsederken kişinin kendini değerlendirmesinin önemi üzerinde durmuştur. Ölçekteki sorular da daha çok bu ana fikre yöneliktir. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, çoktan seçmeli şekilde hazırlanmış olan sorulardan ve on iki alt kategoriden meydana gelmektedir. Bunlar; Benlik Saygısı, Kendilik Kavramının Sürekliliği, İnsanlara Güvenme, Eleştiriye Duyarlılık, Depresif Duygulanım, Hayalperestlik, Psikosomatik Belirtiler, Kişiler arası Tehdit Hissetme, Tartışmalara Katılabilme, Ana-baba İlgisi, Babayla İlişki, Psişik İzolasyon'dur (GÜN, 2006).

Obezite üzerine yaptığımız bu çalışmada, ölçeğin alt ölçekleri arasından yalnızca Benlik Saygısı alt ölçeğinden faydalanılmıştır. Benlik Saygısı Alt Ölçeği on maddeden oluşmaktadır. Benlik saygısını ölçen boyutta dörtlü likert tipinde (a: çok doğru, d: çok yanlış), her soruda seçeneklerin puanları 0 ile 1 aralığında, her soruda seçeneklerin puanlarının değiştirdiği 10 madde bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilme yöntemine göre uygulanan kişiler 0 ile 6 arasında puan alabilmektedirler. Sayısal ölçümler sonucunda yapılan karşılaştırmalarda, (0-1) puan benlik saygısı yüksek, (2-4) puan orta, (5-6) puan düşük, olarak değerlendirilmektedir (GÜN, 2006).

Ölçeğin uygulandığı kişilerin, düşük puan almaları yüksek benlik saygılarının olduğunu, yüksek puan almalarının ise, düşük benlik saygılarının olduğunu söylememiz mümkündür (KÜÇÜK, 2010). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,72 olarak tespit edilmiştir.

3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ ve İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Öncelikle belirlenen okulda eğitim ve öğretime devam eden 5, 6, 7 ve 8. sınıflara kayıtlı tüm çocukların boy ve ağırlık ölçümleri yapılmıştır. Elde edilen veriler kullanılarak, her çocuğa ait BKİ hesaplaması ($BKİ=Ağırlık(Kg)/Boy^2(Cm)$) formülü kullanılarak yapılmıştır. BKİ verilerinin değerlendirilmesinde ülkemiz çocuklarının büyüme eğrilerinin değerlendirilmesi için (Tablo – 1)'de gösterilen, Neyzi ve arkadaşları tarafından geliştirilen büyüme eğrileri değerlerinden faydalanılmıştır.

Öğrencilerin ölçümleri sonrasında elde edilen verilerin incelenmesinin ardından okul genelinde obezite prevalansı; cinsiyete göre, yaş ve sınıf düzeylerine göre ayrı ayrı incelenmiştir.

Ardından seçkisiz biçimde belirlenen 169 öğrenciden elde edilen veriler kullanılarak Obezitenin; Akademik Başarı, Benlik Saygısı, Depresyon ve Sosyal Anksiyete ile ilişkisi incelenmiştir.

Veriler, SPSS (Statistical Package Program for Social Science) 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan çocukların demografik bilgileri frekans ve yüzde tablosu olarak gösterilmiştir.

Ölçek puanlarının normallik sınavında Çarpıklık (Skewness) katsayısı kullanılmıştır. Sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılım özelliğinde kullanılan çarpıklık katsayısının (Skewness) ± 1 sınırları içinde kalması puanların normal dağılımdan önemli bir sapma göstermediği şeklinde yorumlanabilir (Büyüköztürk, 2011:40). Yapılan normallik sınavında ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği tespit edildiğinden (Tablo 2) cinsiyet, okula gelmeden kahvaltı yapma durumu, akşam yemeğini ailesiyle birlikte yeme durumu değişkenlerine göre karşılaştırılmasında bağımsız iki örneklem t testi; yaş, BKİ grupları, kardeş sayısı ve öğle yemeğini yediği yer değişkenlerine göre karşılaştırmada ANOVA kullanılmıştır. Tek Yönlü Varyans analizinde gruplar arasında farklılık görüldüğünde farkın hangi iki grup arasında olduğunu belirlemek amacıyla LSD Hoc testi uygulanmıştır. Sosyal anksiyete, depresyon ve benlik saygısı arasındaki ilişki analizi için Pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95 (anlamlılık düzeyi 0,05 $p<0,05$) olarak belirlenmiştir.

IV. BULGULAR

Bu bölümde; araştırma sonucunda elde edilen verilerin ayrıntılı şekilde incelenmesi sonucu elde edilen bilgiler paylaşılmıştır.

4.1. ÖĞRENCİLERİN OBEZİTE PREVALANSI

Araştırmanın yapıldığı tarihte, 5,6,7 ve 8. Sınıfa kayıtlı toplam 1931 öğrenci olduğu belirlenmiş ve boy kilo ölçümü yapılan tarihlerde bu öğrencilerden %0,52'si (n=10) ölçümlerin yapıldığı gün okulda olmamalarından dolayı boy-kilo bilgileri saptanamamış ve araştırma dışında bırakılmıştır. %99,48'inin (n=1921) cinsiyet, sınıf, yaş ile boy ve kilo bilgileri ölçülerek araştırmaya dahil edilmişlerdir. Elde edilen bilgiler ile obezite prevalansı belirlenmiştir.

Bu bölümde; belirlenen okulda yapılan ölçümler sonucunda elde edilen veriler öğrencilerin Sınıf Düzeylerine, BKİ değerlerine ve Cinsiyetine göre olmak üzere 3 ana başlık altında incelenmiştir.

4.1.1. Sınıf Düzeylerine Göre Obezite Prevalansı

Bu bölümde; yapılan ölçümler sonucunda elde edilen obezite prevalansı sonuçları öğrencilerin Sınıf Düzeyleri'ne göre incelenmiştir.

4.1.1.1. 5. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Prevalansı

Tablo 6. 5. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Prevalansı

Sınıf Düzeyine Göre Obezite Prevalansı	Yaş	Cinsiyet	n	%
5. Sınıf	Zayıf	Erkek	13	2,49
		Kız	13	6,66
		Toplam	26	6,03
	Normal Kilolu	Erkek	166	66,19
		Kız	132	67,70
		Toplam	298	69,14
	Fazla Kilolu	Erkek	25	14,23
		Kız	26	13,33
		Toplam	51	11,83
	Obez	Erkek	32	17,08
		Kız	24	12,30
		Toplam	56	12,99
Toplam	Erkek	236	54,75	
	Kız	195	45,25	
	Toplam	431	22,44	

Sınıf düzeylerine göre obezite prevalansı incelendiğinde; araştırmaya dahil edilmiş, ölçümleri yapılmış 1921 öğrencinin; %22,44'ünü (n=431) 5. Sınıf öğrencilerinin oluşturduğu, bu öğrencilerin; %54,75'inin (n=236) erkek, %45,25'inin (n=195) kız öğrencilerden oluştuğu görülmektedir.

5. sınıf öğrencilerinin BKİ değerleri incelendiğinde;

Zayıf olanlar; %2,49'unu (n=13) erkek, %6,66'sını (n=13) kız, toplam %6,03'ünü (n=26),

Normal Kilolu olanlar; %66,19'unu (n=166) erkek, %67,70'ini (n=132) kız, toplam %69,14'ünü (n=298),

Fazla Kilolu olanlar; %14,23'ünü (n=25) erkek, %13,33'ünü (n=26) kız, toplam %11,83'ünü (n=51),

Obez olanlar; %17,08'ini (n=32) erkek, %12,30'unu (n=24) kız, toplam %12,99'unu (n=56) oluşturmaktadır.

4.1.1.2. 6. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Prevalansı

Tablo 7. 6. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Prevalansı

Sınıf Düzeyine Göre Obezite Prevalansı	Yaş	Cinsiyet	n	%
6. Sınıf	Zayıf	Erkek	7	2,50
		Kız	17	6,34
		Toplam	24	4,37
	Normal Kilolu	Erkek	186	66,20
		Kız	166	61,94
		Toplam	352	64,11
	Fazla Kilolu	Erkek	40	14,23
		Kız	40	14,92
		Toplam	80	14,57
	Obez	Erkek	48	17,08
		Kız	45	16,80
		Toplam	93	16,94
Toplam	Erkek	281	51,19	
	Kız	268	48,81	
	Toplam	549	28,59	

Sınıf düzeylerine göre obezite prevalansı incelendiğinde; araştırmaya dahil edilmiş, ölçümleri yapılmış 1921 öğrencinin; %28,59'unu (n=549) 6. Sınıf öğrencilerinin oluşturduğu, bu öğrencilerin; %51,19'unun (n=281) erkek, %48,81'inin (n=268) kız öğrencilerden oluştuğu görülmektedir.

6. sınıf öğrencilerinin BKİ değerleri incelendiğinde;

Zayıf olanlar; %2,50'sini (n=7) erkek, %6,34'ünü (n=17) kız, toplam %4,37'sini (n=24),

Normal Kilolu olanlar; %66,20'unu (n=186) erkek, %61,94'ünü (n=166) kız, toplam %64,11'ini (n=352),

Fazla Kilolu olanlar; %14,23'ünü (n=40) erkek, %14,92'ünü (n=40) kız, toplam %14,57'sinin (n=80),

Obez olanlar; %17,08'ini (n=48) erkek, %16,80'ini (n=45) kız, toplam %16,94'ünü (n=93) oluşturmaktadır.

4.1.1.3. 7. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Prevalansı

Tablo 8. 7. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Prevalansı

Sınıf Düzeyine Göre Obezite Prevalansı	Yaş	Cinsiyet	n	%
7. Sınıf	Zayıf	Erkek	15	5,60
		Kız	22	8,80
		Toplam	37	7,15
	Normal Kilolu	Erkek	200	74,63
		Kız	169	67,60
		Toplam	369	71,23
	Fazla Kilolu	Erkek	24	9,95
		Kız	43	17,2
		Toplam	67	12,93
	Obez	Erkek	29	10,82
		Kız	16	6,4
		Toplam	45	8,69
Toplam	Erkek	268	51,74	
	Kız	250	48,26	
	Toplam	518	26,96	

Sınıf düzeylerine göre obezite prevalansı incelendiğinde; araştırmaya dahil edilmiş, ölçümleri yapılmış 1921 öğrencinin; %26,96'sını (n=518) 7. Sınıf öğrencilerinin oluşturduğu, bu öğrencilerin; %51,74'ünün (n=268) erkek, %48,26'sının (n=250) kız öğrencilerden oluştuğu görülmektedir.

7. sınıf öğrencilerinin BKİ değerleri incelendiğinde;

Zayıf olanlar; %5,60'ını (n=15) erkek, %8,80'ini (n=22) kız, toplam %7,15'ini (n=37),

Normal Kilolu olanlar; %74,63'ünü (n=200) erkek, %67,60'ını (n=169) kız, toplam %71,23'ünü (n=369),

Fazla Kilolu olanlar; %9,95'ini (n=24) erkek, %17,20'sini (n=43) kız, toplam %12,93'ünü (n=67),

Obez olanlar; %10,82'sini (n=29) erkek, %6,40'ını (n=16) kız, toplam %8,69'unu (n=45) oluşturmaktadır.

4.1.1.3. 8. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Prevalansı

Tablo 9. 8. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Prevalansı

Sınıf Düzeyine Göre Obezite Prevalansı	Yaş	Cinsiyet	n	%
8. Sınıf	Zayıf	Erkek	11	4,97
		Kız	17	8,41
		Toplam	28	6,62
	Normal Kilolu	Erkek	158	71,50
		Kız	140	69,30
		Toplam	298	70,45
	Fazla Kilolu	Erkek	19	8,60
		Kız	25	12,38
		Toplam	44	10,40
	Obez	Erkek	33	14,93
		Kız	20	9,90
		Toplam	53	12,52
Toplam	Erkek	221	52,52	
	Kız	202	47,75	
	Toplam	423	22,02	

Sınıf düzeylerine göre obezite prevalansı incelendiğinde; araştırmaya dahil edilmiş, ölçümleri yapılmış 1921 öğrencinin; %22,02'sini (n=423) 8. Sınıf öğrencilerinin oluşturduğu, bu öğrencilerin; %52,52'sinin (n=221) erkek, %47,75'inin (n=202) kız öğrencilerden oluştuğu görülmektedir.

8. sınıf öğrencilerinin BKİ değerleri incelendiğinde;

Zayıf olanlar; %4,97'sini (n=11) erkek, %8,41'ini (n=17) kız, toplam %6,62'sini (n=28),

Normal Kilolu olanlar; %71,50'sini (n=158) erkek, %69,30'unu (n=140) kız, toplam %70,45'ini (n=298),

Fazla Kilolu olanlar; %8,60'ını (n=19) erkek, %12,38'ini (n=25) kız, toplam %10,40'ını (n=44),

Obez olanlar; %14,93'ünü (n=33) erkek, %9,90'ını (n=20) kız, toplam %12,52'sini (n=53) oluşturmaktadır.

4.1.2. BKİ Değerlerine Göre Obezite Prevalansı

Bu bölümde; elde edilen veriler kullanılarak, belirlenen obezite prevalansı sonuçları öğrencilerin BKİ değerleri yaş Düzeyleri'ne göre incelenmiştir (Tablo – 10).

Tablo 10. Zayıf Öğrencilerin Yaş Düzeyine Göre Dağılımı

Obezite Prevalansı	Yaş	Cinsiyet	n	%
Zayıf	9	Erkek	3	4,29
		Kız	5	8,20
		Toplam	8	6,11
	10	Erkek	9	3,88
		Kız	10	4,95
		Toplam	19	4,38
	11	Erkek	7	3,29
		Kız	13	6,22
		Toplam	20	4,74
	12	Erkek	16	5,88
		Kız	27	10,8
		Toplam	43	8,24
	13	Erkek	9	4,37
		Kız	13	7,14
		Toplam	22	5,67
	14	Erkek	1	8,33
		Kız	1	9,10
		Toplam	2	8,70
	15	Erkek	1	100
		Kız	0	0
		Toplam	1	100
Toplam	Erkek	46	4,57	
	Kız	69	7,54	
	Toplam	115	5,99	

BKI değerlerine göre obezite prevalansı incelendiğinde; araştırmanın yapıldığı tarihte, araştırmanın yapıldığı Mehmet Akif İnan Ortaokulu'na kayıtlı ve araştırmaya dahil edilmiş, ölçümleri yapılmış 1921 ğrenci bulunmaktadır.

Bu ğrencilerin; %4,57'sinin (n=46) erkek, %7,54'ünün (n=69) kız, toplam %5,99'unun (n=115) Zayıf öğrencilerden oluştuğu görülmektedir. Zayıf ğrenciler yaş dağılımlarına göre incelendiğinde;

9 Yaşında olanların; %4,29'unu (n=3) erkek, %8,2'sini (n=5) kız, toplam %6,11'ini (n=8),

10 yaşında olanların; %3,88'ini (n=9) erkek, %4,95'ini (n=10) kız, toplam %4,38'ini (n=19),

11 yaşında olanların; %3,29'ini (n=7) erkek, %6,22'ini (n=13) kız, toplam %4,74'ini (n=20),

12 yaşında olanların; %5,88'ini (n=16) erkek, %10,8'ini (n=27) kız, toplam %8,24'n (n=43),

13 yaşında olanların; %4,37'sini (n=9) erkek, %7,14'n (n=13) kız, toplam %5,67'sini (n=22),

14 yaşında olanların; %8,33'n (n=1) erkek, %9,10'unu (n=1) kız, toplam %8,70'ini (n=2),

15 yaşında olanların; okula kayıtlı yalnızca 1 (bir) ğrenci olduğu ve o öğrencinin de zayıf, erkek ğrenci olduğu saptanmıştır.

Tablo 11. Normal Kilolu Öğrencilerin Yaş Düzeyine Göre Dağılımı

Obezite Prevalansı	Yaş	Cinsiyet	n	%
Normal Kilolu	9	Erkek	53	75,71
		Kız	38	62,30
		Toplam	91	69,46
	10	Erkek	155	66,81
		Kız	135	66,83
		Toplam	290	66,82
	11	Erkek	139	65,25
		Kız	131	62,68
		Toplam	270	63,98
	12	Erkek	204	75,00
		Kız	165	66,00
		Toplam	369	70,69
	13	Erkek	150	72,81
		Kız	128	70,32
		Toplam	278	71,65
14	Erkek	9	75,00	
	Kız	10	90,90	
	Toplam	19	82,60	
Toplam	Erkek	710	70,58	
	Kız	607	66,34	
	Toplam	1317	68,56	

BKI değerlerine göre obezite prevalansı incelendiğinde; araştırmanın yapıldığı tarihte, araştırmanın yapıldığı Mehmet Akif İnan Ortaokulu'na kayıtlı ve araştırmaya dahil edilmiş, ölçümleri yapılmış 1921 öğrenci bulunmaktadır.

Bu öğrencilerin; %70,58'sinin (n=710) erkek, %66,34'ünün (n=607) kız, toplam %68,56'sının (n=1317) Normal Kilolu öğrencilerden oluştuğu görülmektedir. Normal Kilolu öğrenciler yaş dağılımlarına göre incelendiğinde;

9 Yaşında olanların; % 75,71'ini (n=53) erkek, %62,30'unu (n=38) kız, toplam %69,46'sını (n=91),

10 yaşında olanların; %66,81'ini (n=155) erkek, %66,83'ünü (n=135) kız, toplam %66,82'sini (n=290),

11 yaşında olanların; %65,25'ini (n=139) erkek, %62,68'ini (n=131) kız, toplam %63,98'ini (n=270),

12 yaşında olanların; %75,'ini (n=204) erkek, %66,'sını (n=165) kız, toplam %70,69'unu (n=369),

13 yaşında olanların; %72,81'ini (n=150) erkek, %70,32'isini (n=128) kız, toplam %71,65'ini (n=278),

14 yaşında olanların; %75'ini (n=9) erkek, %90,90'ını (n=10) kız, toplam %82,60'ını (n=19) Normal Kilolu öğrenciler oluşturmaktadır.

Tablo 12. Fazla Kilolu Öğrencilerin Yaş Düzeyine Göre Dağılımı

Obezite Prevalansı	Yaş	Cinsiyet	n	%
Fazla Kilolu	9	Erkek	7	10,00
		Kız	10	16,40
		Toplam	17	12,98
	10	Erkek	27	11,64
		Kız	28	13,86
		Toplam	55	12,67
	11	Erkek	32	15,02
		Kız	31	14,83
		Toplam	63	16,35
	12	Erkek	26	9,56
		Kız	40	16
		Toplam	66	12,64
	13	Erkek	16	7,78
		Kız	25	13,74
		Toplam	41	10,57
Toplam	Erkek	108	10,73	
	Kız	134	14,64	
	Toplam	242	12,60	

BKI değerlerine göre obezite prevalansı incelendiğinde; araştırmanın yapıldığı tarihte, araştırmanın yapıldığı Mehmet Akif İnan Ortaokulu'na kayıtlı ve araştırmaya dahil edilmiş, ölçümleri yapılmış 1921 ğrenci bulunmaktadır.

Bu ğrencilerin; %10,73'ünün (n=710) erkek, %14,64'ünün (n=134) kız, toplam %12,60'ının (n=242) Fazla Kilolu öğrencilerden oluştuğu görülmektedir. Fazla Kilolu ğrenciler yaş dağılımlarına göre incelendiğinde;

9 Yaşında olanların; %10'unu (n=7) erkek, %16,40'sını (n=10) kız, toplam %12,98'ini (n=17),

10 yaşında olanların; %11,64'ünün (n=27) erkek, %13,86'sını (n=28) kız, toplam %12,67'sini (n=55),

11 yaşında olanların; %15,02'sini (n=32) erkek, %14,83'ünün (n=31) kız, toplam %16,35'ini (n=63),

12 yaşında olanların; %9,56'sını (n=26) erkek, %16'sını (n=40) kız, toplam %12,64'ünün (n=66),

13 yaşında olanların; %7,78'ini (n=16) erkek, %13,74'ünün (n=25) kız, toplam %10,57'sini (n=41) Fazla Kilolu ğrenciler oluşturmaktadır.

Tablo 13. Obez Öğrencilerin Yaş Düzeyine Göre Dağılımı

Obezite Prevalansı	Yaş	Cinsiyet	n	%
Obez	9	Erkek	7	10
		Kız	8	13,10
		Toplam	15	11,45
	10	Erkek	41	17,67
		Kız	29	14,36
		Toplam	70	16,13
	11	Erkek	35	16,43
		Kız	34	16,26
		Toplam	69	19,53
	12	Erkek	26	9,56
		Kız	18	7,2
		Toplam	44	8,43
	13	Erkek	31	15,04
		Kız	16	8,80
		Toplam	47	12,11
14	Erkek	2	16,67	
	Kız	0	0	
	Toplam	2	8,70	
Toplam	Erkek	142	14,12	
	Kız	105	11,48	
	Toplam	247	12,85	

BKI değerlerine göre obezite prevalansı incelendiğinde; araştırmanın yapıldığı tarihte, araştırmanın yapıldığı Mehmet Akif İnan Ortaokulu'na kayıtlı ve araştırmaya dahil edilmiş, ölçümleri yapılmış 1921 öğrenci bulunmaktadır.

Bu öğrencilerin; %14,12'sinin (n=142) erkek, %11,48'inin (n=105) kız, toplam %12,85'min (n=247) Obez öğrencilerden oluştuğu görülmektedir. Obez öğrenciler yaş dağılımlarına göre incelendiğinde;

9 Yaşında olanların; %10'unu (n=7) erkek, %13,10'unu (n=8) kız, toplam %11,45'ini (n=15),

10 yaşında olanların; %17,67'sini (n=41) erkek, %14,36'sını (n=29) kız, toplam %16,13'ünü (n=70),

11 yaşında olanların; %16,43'ünü (n=35) erkek, %16,26'sını (n=34) kız, toplam %19,53'ünü (n=69),

12 yaşında olanların; %9,56'sını (n=26) erkek, %7,2'sini (n=18) kız, toplam %8,43'ünü (n=44),

13 yaşında olanların; %15,04'ünü (n=31) erkek, %8,80'ini (n=16) kız, toplam %12,11'ini (n=12,11),

14 yaşında olanların; %16,67'sini (n=2) erkek, %0'ını (n=0) kız, toplam %8,70'ini (n=2) Obez öğrenciler oluşturmaktadır.

4.1.3. Cinsiyete Göre Obezite Prevalansı

Tablo 14. Cinsiyete Göre Obezite Prevalansı

Cinsiyete Göre Obezite Prevalansı		n	%
Zayıf	Erkek	46	4,57
	Kız	69	7,54
	Toplam	115	5,99
Normal Kilolu	Erkek	710	70,58
	Kız	607	66,34
	Toplam	1317	68,56
Fazla Kilolu	Erkek	108	10,73
	Kız	134	14,64
	Toplam	242	12,60
Obez	Erkek	142	14,12
	Kız	105	11,48
	Toplam	247	12,85
Toplam	Erkek	1006	52,37
	Kız	915	47,63
	Toplam	1921	100,0

Cinsiyete göre obezite prevalansı incelendiğinde; araştırmanın yapıldığı tarihte, araştırmanın yapıldığı Mehmet Akif İnan Ortaokulu'na kayıtlı ve araştırmaya dahil edilmiş, ölçümleri yapılmış 1921 öğrencinin olduğu görülmektedir.

Bu öğrencilerin %52,37'sinin (n=1006) erkek, %47,63'ünün (n=915) kız öğrencilerden oluştuğu görülmektedir.

Okul genelinde erkek öğrencilerin %4,57'sinin (n=46) zayıf, %70,58'inin (n=710) normal, %10,73'ünün (n=108) fazla kilolu, %14,12'sinin (n=142) obez olduğu tespit edilmiştir.

Okul genelinde kız öğrencilerin %7,54'ünün (n=69) zayıf, %66,34'ünün (n=607) normal, %14,64'ünün (n=134) fazla kilolu, %11,48'inin (n=105) obez olduğu tespit edilmiştir.

4.2. ÖRNEKLEM GRUBU BETİMLEYİCİ BULGULAR

Bu bölümde BKİ değerlendirmeleri sonucunda araştırmaya dahil edilmiş olan obez ve normal kilo sınırında yer alan çocuklara verilen "Bilgi Formu" aracılığı ile elde edilmiş bilgilerin istatistiksel verileri paylaşılmıştır.

4.2.1. Sınıf Düzeyine Göre Dağılımları

Tablo 15. Örneklem Grubu Öğrencilerinin Sınıf Düzeyine Göre Dağılımı

Örneklem Grubu Sınıf Düzeyleri		n	%
5. Sınıf	Erkek	11	10,9
	Kız	3	10,41
	Toplam	14	8,28
6. Sınıf	Erkek	19	18,81
	Kız	11	16,18
	Toplam	30	17,75
7. Sınıf	Erkek	47	46,53
	Kız	34	50
	Toplam	81	47,93
8. Sınıf	Erkek	24	23,76
	Kız	20	29,41
	Toplam	44	26,04
Toplam	Erkek	101	59,76
	Kız	68	40,23
	Toplam	169	100,0

Cinsiyete göre obezite prevalansı incelendiğinde; araştırmanın yapıldığı tarihte, araştırmanın yapıldığı Mehmet Akif İnan Ortaokulu'na kayıtlı ve rastlantısal biçimde örneklem grubuna seçilmiş 169 öğrencinin olduğu görülmektedir.

Bu öğrencilerin %59,76'sının (n=101) erkek, %40,23'ünün (n=68) kız öğrencilerden oluştuğu görülmektedir.

Örneklem grubu incelendiğinde;

5. Sınıf öğrencilerinin; %10,9'unun (n=11) erkek, %10,41'inin (n=3) kız, toplam %8,28'inin (n=14) öğrenciden,

6. sınıf öğrencilerinin, %18,81'inin (n=19) erkek, %16,18'inin (n=11) kız, toplam %17,75'inin (n=30) öğrenciden,

7. sınıf öğrencilerinin, %46,53'ünün (n=47) erkek, %50'sinin (n=34) kız, toplam %47,93'ünün (n=81) öğrenciden,

8. sınıf öğrencilerinin, %23,76'sının (n=24) erkek, 29,41'inin (n=20) kız, toplam %26,04'ünün (n=44) öğrenciden oluştuğu görülmektedir.

4.2.2. Yaş Düzeyine Göre Dağılımları

Tablo 16. Örneklem Grubu Öğrencilerinin Yaş Düzeyine Göre Dağılımı

Örneklem Grubu Yaş Düzeyleri		n	%
9 Yaş	Erkek	1	0,99
	Kız	0	0
	Toplam	1	0,6
10 Yaş	Erkek	13	12,87
	Kız	6	8,82
	Toplam	19	11,24
11 Yaş	Erkek	20	19,8
	Kız	9	13,23
	Toplam	29	17,16
12 Yaş	Erkek	42	41,58
	Kız	34	50
	Toplam	76	44,97
13 Yaş	Erkek	25	24,75
	Kız	19	27,94
	Toplam	44	26,03
Toplam	Erkek	101	59,76
	Kız	68	40,23
	Toplam	169	100,0

Yaş düzeyine göre obezite prevalansı incelendiğinde; araştırmanın yapıldığı tarihte, araştırmanın yapıldığı Mehmet Akif İnan Ortaokulu'na kayıtlı ve rastlantısal biçimde örneklem grubuna seçilmiş 169 öğrencinin olduğu görülmektedir.

Bu öğrencilerin %59,76'sının (n=101) erkek, %40,23'ünün (n=68) kız öğrencilerden oluştuğu görülmektedir.

9 yaşında olan öğrencilerin; %0,99'unun (n=1) 9 yaşında erkek, %0 (n=0) 9 yaşında kız, toplam %06'sının (n=1) öğrenciden,

10 yaşında olan öğrencilerin; %12,87'sinin (n=13) 10 yaşında erkek, %8,82'sinin (n=6) 10 yaşında kız, toplam %11,24'ünün (n=19) öğrenciden,

11 yaşında olan öğrencilerin; %19,8'inin (n=20) 11 yaşında erkek, %13,23'ünün (n=9) 11 yaşında kız, toplam %17,16'sının (n=29) öğrenciden,

12 yaşında olan öğrencilerin %41,58'inin (n=42) 12 yaşında erkek, %50'sinin (n=34) 12 yaşında kız, toplam %44,97'sinin (n=76) öğrenciden,

13 yaşında olan öğrencilerin, %24,75'inin (n=25) 12 yaşında erkek, %27,94'ünün (n=19) 12 yaşında kız, toplam %26,03'ünün (n=44) öğrenciden oluştuğu görülmektedir.

4.2.3. Cinsiyete Göre Dağılımları

Tablo 17. Örneklem Grubu Öğrencilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Örneklem Grubu Cinsiyet Dağılımı		n	%
Cinsiyet	Erkek	101	59,76
	Kız	68	40,24
Toplam		169	100,0

Cinsiyete göre obezite prevalansı incelendiğinde; araştırmanın yapıldığı tarihte, araştırmanın yapıldığı Mehmet Akif İnan Ortaokulu'na kayıtlı ve rastlantısal biçimde örneklem grubuna seçilmiş 169 öğrencinin olduğu görülmektedir.

Bu öğrencilerin %59,76'sının (n=101) erkek, %40,23'ünün (n=68) kız öğrencilerden oluştuğu görülmektedir.

4.2.4. Kardeş Sayılarına Göre Dağılımları

Bu bölümde araştırmaya dahil edilmiş olan çocukların kardeş sayılarına göre dağılımları gösterilmiştir (Tablo – 18).

Tablo 18. Örneklem Grubu Öğrencilerinin Kardeş Sayılarına Göre Dağılımı

Örneklem Grubu Öğrencileri Kardeş Sayıları		n	%
Tek Çocuk	Erkek	16	15,84
	Kız	7	10,30
	Toplam	23	13,61
1 Kardeş	Erkek	55	54,45
	Kız	34	50
	Toplam	89	52,66
2 Kardeş	Erkek	19	18,81
	Kız	17	25
	Toplam	36	21,30
3 Kardeş	Erkek	7	6,93
	Kız	8	11,76
	Toplam	15	8,87
4 Kardeş	Erkek	0	0
	Kız	1	1,47
	Toplam	1	0,6
5 Kardeş	Erkek	0	0
	Kız	0	0
	Toplam	0	0
6 kardeş	Erkek	0	0
	Kız	1	1,47
	Toplam	1	0,6
Toplam	Erkek	101	59,76
	Kız	68	40,23
	Toplam	169	100,0

Kardeş sayılarına göre obezite prevalansı incelendiğinde; araştırmanın yapıldığı tarihte, araştırmanın yapıldığı Mehmet Akif İnan Ortaokulu'na kayıtlı ve rastlantısal biçimde örneklem grubuna seçilmiş 169 öğrencinin olduğu görülmektedir.

Erkek öğrencilerin %15,84'ünün (n=16), kız öğrencilerin %10,30'unun (n=7), toplam %13,61'inin (n=23) öğrencinin tek çocuklu aileye mensup (kardeşi olmayan) öğrenciden,

Erkek öğrencilerin %54,45'inin (n=55), kız öğrencilerin %50'sinin (n=34), toplam %52,66'sının (n=89) 2 çocuklu aileye mensup (tek kardeşi olan) öğrenciden,

Erkeklerin %18,81'inin (n=19), kız öğrencilerin %25'inin (n=17), toplam %21,30'unun (n=36) 3 çocuklu aileye mensup (2 kardeşi olan) öğrenciden,

Erkeklerin %6,93'ünün (n=7), kız öğrencilerin %11,76'sının (n=8), toplam %8,87'sinin (n=15) 4 çocuklu aileye mensup (3 kardeşi olan) öğrenciden,

Erkekler arasında 5 çocuklu aileye mensup (4 kardeşi olan) öğrenci bulunmadığı, kız öğrencilerin %1,47'sinin (n=1), toplam %0,6'sının (n=1) 5 çocuklu aileye mensup (4 kardeşi olan) öğrenciden,

Hem erkek hem de kız öğrenciler arasında 6 çocuklu aileye mensup (5 kardeşi olan) öğrenci bulunmadığı,

Erkekler arasında 5 kardeşi bulunan öğrenci bulunmadığı, kız öğrencilerin %1,47'sinin (n=1), toplam %0,6'sının (n=1) 7 çocuklu aileye mensup (6 kardeşi olan) öğrenciden oluştuğu görülmektedir.

4.2.5. Kahvaltı Alışkanlıklarına İlişkin Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya dahil edilmiş olan çocukların kahvaltı yapma alışkanlıklarına göre dağılımları gösterilmiştir (Tablo – 19).

Tablo 19. Örneklem Grubu Öğrencilerinin Kahvaltı Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Örneklem Grubu		n	%
Kahvaltı Yaparım	Erkek	70	69,30
	Kız	37	54,41
	Toplam	107	63,31
Kahvaltı Yapmam	Erkek	31	30,69
	Kız	31	45,59
	Toplam	62	36,68
Toplam	Erkek	101	59,76
	Kız	68	40,23
	Toplam	169	100,0

Kahvaltı alışkanlıklarına göre obezite prevalansı incelendiğinde; araştırmanın yapıldığı tarihte, araştırmanın yapıldığı Mehmet Akif İnan Ortaokulu'na kayıtlı ve rastlantısal biçimde örneklem grubuna seçilmiş 169 öğrencinin olduğu görülmektedir.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerden;

“Evden çıkmadan önce kahvaltı yaparım” diyen öğrencilerin; %69,30'unun (n=70) erkek, %54,41'inin (n=37) kız, toplamda %63,31'inin (n=107) öğrenciden oluştuğu,

“Evden çıkmadan önce kahvaltı yapmam” diyen öğrencilerin; %30,69'unun (n=31) erkek, %45,59'unun (n=31) kız, %36,68'inin (n=62) öğrenciden oluştuğu görülmektedir.

4.2.6. Öğlen Yemeği Alışkanlıklarına İlişkin Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya dahil edilmiş olan çocukların öğlen yemeği alışkanlıklarına göre dağılımları gösterilmiştir (Tablo – 20).

Tablo 20. Örneklem Grubu Öğrencilerinin Öğlen Yemeği Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Örneklem Grubu Öğlen Yemeği Alışkanlıkları		n	%
Okul Kantininden Yerim	Erkek	24	23,76
	Kız	24	35,29
	Toplam	48	28,40
Okul Yemekhanesinde Yerim	Erkek	10	9,90
	Kız	2	2,94
	Toplam	12	7,10
Okul dışı Büfe, Lokanta, Pastane vb. Yerlerde Yerim	Erkek	12	11,88
	Kız	7	10,29
	Toplam	19	11,24
Evde Yerim	Erkek	7	6,93
	Kız	6	8,82
	Toplam	13	7,69
Evden Getirdiğim Beslenmeyi Yerim	Erkek	44	43,56
	Kız	29	42,65
	Toplam	73	43,20
Yemem	Erkek	4	3,96
	Kız	0	0
	Toplam	4	2,37
Toplam	Erkek	101	59,76
	Kız	68	40,23
	Toplam	169	100,0

Öğlen yemeği yeme alışkanlıklarına göre obezite prevalansı incelendiğinde; araştırmanın yapıldığı tarihte, araştırmanın yapıldığı Mehmet Akif İnan Ortaokulu'na kayıtlı ve rastlantısal biçimde örneklem grubuna seçilmiş 169 öğrencinin olduğu görülmektedir.

Öğlen yemeği ihtiyacını;

“Okul dışı, büfe, lokanta, pastane vb. yerlerde yerim” diyen öğrencilerin; %11,88’inin (n=12) erkek, %10,29’unun (n=7) kız, toplam %11,24’ünün (n=19) öğrenciden,

“Evde yerim” diyen öğrencilerin; %6,93’ünün (n=7) erkek, %8,82’sinin (n=6) kız, toplam %7,69’unun (n=13) öğrenciden,

“Evden getirdiğim beslenmeyi yerim” diyen öğrencilerin; %43,56’sının (n=44) erkek, %42,65’inin (n=29) kız, toplam %43,20’sinin (n=73) öğrenciden,

“Okul kantininden yerim” diyen öğrencilerin; %23,76’sının (n=24) erkek, %35,29’unun (n=24) kız, toplam %28,40’ının (n=48) öğrenciden,

“Okul yemekhanesinde yerim” diyen öğrencilerin; %9,90’ının (n=10) erkek, %2,94’ünün (n=2) kız, toplam %7,10’unun (n=12) öğrenciden,

“Yemem” diyen öğrencilerin; %3,96’sının (n=4) erkek, kız öğrencilerden öğlen öğününü atlayan öğrenci olmadığı, toplam 2,37’sinin (n=4) öğrenciden oluştuğu görülmektedir.

4.2.7. Akşam Yemeği Alışkanlıklarına İlişkin Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya dahil edilmiş olan çocukların akşam yemeği alışkanlıklarına göre dağılımları gösterilmiştir (Tablo – 21).

Tablo 21. Örneklem Grubu Öğrencilerinin Akşam Yemeği Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Örneklem Grubu Akşam Yemeği Alışkanlıkları		n	%
Akşam Yemeklerini Tüm Aile Birlikte Yeriz	Erkek	98	97,02
	Kız	65	95,59
	Toplam	163	96,45
Akşam Yemeklerini Tüm Aile Birlikte Yemeyiz	Erkek	3	2,98
	Kız	3	4,41
	Toplam	6	3,55
Toplam	Erkek	101	59,76
	Kız	68	40,23
	Toplam	169	100,0

Akşam yemeği yeme alışkanlıklarına göre obezite prevalansı incelendiğinde; araştırmanın yapıldığı tarihte, araştırmanın yapıldığı Mehmet Akif İnan Ortaokulu'na kayıtlı ve rastlantısal biçimde örneklem grubuna seçilmiş 169 öğrencinin olduğu görülmektedir.

Akşam yemeği ihtiyacını;

“Akşam Yemeklerini Tüm Aile Birlikte Yeriz” diyen öğrencilerin; %97,02’sinin (n=98) erkek, %95,59’unun (n=65 kız, toplam %96,45’inin (n=163) öğrenciden,

“Akşam Yemeklerini Tüm Aile Birlikte Yemeyiz” diyen öğrencilerin; %2,98’inin (n=3) erkek, %4,41’inin (n=3) kız, toplam %3,55’inin (n=6) öğrenciden oluştuğu görülmektedir.

4.2.8. Akademik Başarı

Bu bölümde araştırmaya dahil edilmiş olan çocukların akademik başarılarına göre dağılımları gösterilmiştir (Tablo – 22).

Tablo-22.'de yer alan öğrencilerin başarı puanı gruplandırmaları örneklem grubu öğrencileri arasında en düşük puan olan 50 puan ile 100 tam puan aralığında yapılmıştır.

Tablo 22. Örneklem Grubu Öğrencilerinin Akademik Başarılarına Göre Dağılımı

Örneklem Grubunun Akademik Başarı Durumu		n	%
50 – 59,99 Puan Aralığı Not Ortalamasına Sahip Öğrenciler	Erkek	4	3,96
	Kız	0	0
	Toplam	4	2,37
60 – 69,99 Puan Aralığı Not Ortalamasına Sahip Öğrenciler	Erkek	8	7,92
	Kız	6	8,82
	Toplam	14	8,28
70 – 79,99 Puan Aralığı Not Ortalamasına Sahip Öğrenciler	Erkek	15	14,85
	Kız	12	17,65
	Toplam	27	15,98
80 – 89,99 Puan Aralığı Not Ortalamasına Sahip Öğrenciler	Erkek	28	27,72
	Kız	17	25
	Toplam	45	26,63
90 – 100 Puan Aralığı Not Ortalamasına Sahip Öğrenciler	Erkek	46	45,54
	Kız	33	48,53
	Toplam	79	46,74
Toplam	Erkek	101	59,76
	Kız	68	40,23
	Toplam	169	100,0

Araştırma örneklem grubu akademik başarılarına göre incelendiğinde; Mehmet Akif İnan Ortaokulu'na kayıtlı ve rastlantısal biçimde örneklem grubuna seçilmiş 169 öğrencinin olduğu görülmektedir.

2017-2018 eğitim öğretim yılı I. Dönemi akademik puan ortalamasının 50-59,99 puan aralığında olan öğrencilerin; %3,96'sının (n=4), bu puan aralığında örneklem grubunda hiç kız öğrenci olmadığı, toplam %2,37'sinin (n=4) öğrenciden,

2017-2018 eğitim öğretim yılı I. Dönemi akademik puan ortalamasının 60-69,99 puan aralığında olan öğrencilerin; %7,92'sinin (n=8) erkek, %8,82'sinin (n=6) kız, toplam %8,28'inin (n=14) öğrenciden,

2017-2018 eğitim öğretim yılı I. Dönemi akademik puan ortalamasının 70-79,99 puan aralığında olan öğrencilerin, %14,85'inin (n=15) erkek, %17,65'inin (n=12) kız, toplam %15,98'inin (n=27) öğrenciden,

2017-2018 eğitim öğretim yılı I. Dönemi akademik puan ortalamasının 80-89,99 puan aralığında olan öğrencilerin, %27,72'sinin (n=28) erkek, %25'inin (n=17) kız, toplam %26,63'ünün (n=45) öğrenciden,

2017-2018 eğitim öğretim yılı I. Dönemi akademik puan ortalamasının 90-100 puan aralığında olan öğrencilerin, %45,54'ünün (n=46) erkek, %48,53'ünün (n=33) kız, toplam %46,74'ünün (n=79) öğrenciden oluştuğu görülmektedir.

Örneklem grubunun akademik not ortalamaları cinsiyete göre incelendiğinde; erkeklerin not ortalamasının 85,42, kızların not ortalamalarının 87 olduğu, örneklem grubu genel not ortalamasının ise; 86,05 olduğu görülmektedir. Rastlantısal şekilde seçilmiş olan örneklem grubunda kız öğrencilerin, erkek öğrencilerden daha yüksek akademik not ortalamasına sahip oldukları görülmüştür.

4.3. ÖLÇEKLERE AİT BETİMSSEL BULGULAR

4.3.1. Sosyal Anksiyete, Depresyon ve Benlik Saygısı Puanları

Tablo 23. Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler

Ölçek	n	Min.	Maks.	\bar{X}	SS	Skewness
Sosyal Anksiyete	169	21,00	87,00	40,83	12,92	0,74
Depresyon	169	0,00	39,00	11,79	6,91	0,89
Benlik Saygısı ¹	169	0,00	3,91	1,18	0,76	1,02

¹: Yüksek puan düşük benlik saygısını ifade eder.

Sosyal anksiyete puan ortalaması $40,83 \pm 12,09$; depresyon $11,79 \pm 6,91$ ve benlik saygısı $1,18 \pm 0,76$ olarak tespit edildi. Ölçeklerden elde edilen puanlara göre araştırmaya katılan çocukların sosyal anksiyetesi “orta”; depresyonu “düşük” ve benlik saygısı “orta” düzeydedir (Tablo 23).

4.3.2. Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

4.3.2.1. Cinsiyete Göre Ölçek Puanı ve BKİ Puanlarının İncelenmesi

Tablo 24. Ölçek ve BKİ Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Cinsiyet	n	\bar{X}	SS	t	p
Sosyal Anksiyete	Kız	68	41,09	13,57	0,21	0,835
	Erkek	101	40,66	12,53		
Depresyon	Kız	68	12,50	7,54	1,10	0,273
	Erkek	101	11,31	6,46		
Benlik Saygısı ¹	Kız	68	1,20	0,84	0,36	0,722
	Erkek	101	1,16	0,71		
Beden Kitle İndeksi	Kız	68	22,49	5,01	-3,04	0,003
	Erkek	101	25,19	6,04		

¹: Yüksek puan düşük benlik saygısını ifade eder.

Sosyal anksiyete, depresyon ve benlik saygısı puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 24).

Beden kitle indeksi puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($t=-3,04$; $p<0,05$). Erkek çocukların beden kitle indeksi puanı, kız çocukların beden kitle indeksi puanından anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 24).

4.3.2.2. Yaş Gruplarına Göre Ölçek ve BKİ Puanlarının İncelenmesi

Tablo 25. Ölçek ve BKİ Puanlarının Çocukların Yaşına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Yaş	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Sosyal Anksiyete	10 yaş	20	49,70	16,96	3,95	0,009	10 yaş>11,12,13 yaş
	11 yaş	29	41,07	13,59			
	12 yaş	76	38,96	11,87			
	13 yaş	44	39,89	10,75			
Depresyon	10 yaş	20	13,20	7,19	1,08	0,360	
	11 yaş	29	10,69	5,24			
	12 yaş	76	11,20	7,27			
	13 yaş	44	12,89	7,11			
Benlik Saygısı ¹	10 yaş	20	1,28	0,63	0,47	0,702	
	11 yaş	29	1,11	0,79			
	12 yaş	76	1,13	0,75			
	13 yaş	44	1,26	0,83			
Beden Kitle İndeksi	10 yaş	20	26,05	7,49	6,09	0,001	10, 11, 13 yaş>12 yaş
	11 yaş	29	25,00	4,85			
	12 yaş	76	22,12	5,18			
	13 yaş	44	26,04	5,57			

¹: Yüksek puan düşük benlik saygısını ifade eder.

Sosyal anksiyete puanlarının çocukların yaşına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi (F=3,95; p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre 10 yaşındaki çocukların sosyal

anksiyete puanı, 11, 12 ve 13 yaşındaki çocukların puanından anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 25).

Depresyon ve benlik saygısı puanlarının çocukların yaşına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 25).

Beden kitle indeksi puanlarının çocukların yaşına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($F=6,09$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre 10,11 ve 13 yaşındaki çocukların beden kitle indeksi puanı, 12 yaşındaki çocukların puanından anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 25).

4.3.2.3. BKİ Puanına Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Tablo 26. Ölçek Puanlarının BKİ'ne Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	BKİ	n	\bar{X}	SS	F	p
Sosyal Anksiyete	Normal	81	40,95	12,94	0,14	0,868
	Fazla kilolu	14	39,07	12,26		
	Obez	74	41,04	13,17		
Depresyon	Normal	81	12,20	7,19	0,27	0,763
	Fazla kilolu	14	11,43	7,25		
	Obez	74	11,41	6,62		
Benlik Saygısı ¹	Normal	81	1,23	0,82	0,91	0,407
	Fazla kilolu	14	1,31	0,76		
	Obez	74	1,09	0,70		

¹: Yüksek puan düşük benlik saygısını ifade eder.

Sosyal anksiyete, depresyon ve benlik saygısı puanlarının beden kitle indeksine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 26).

4.3.2.4. Kardeş Sayısına Göre Ölçek ve BKİ Puanlarının İncelenmesi

Tablo 27. Ölçek ve BKİ Puanlarının Kardeş Sayısına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Kardeş Sayısı	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Sosyal Anksiyete	1 kardeş	23	36,26	9,26	1,86	0,159	
	2 kardeş	91	42,04	13,88			
	3 ve daha fazla	55	40,75	12,32			
Depresyon	1 kardeş	23	10,17	6,32	0,93	0,395	
	2 kardeş	91	12,33	6,73			
	3 ve daha fazla	55	11,56	7,45			
Benlik Saygısı ¹	1 kardeş	23	0,98	0,77	0,99	0,374	
	2 kardeş	91	1,19	0,78			
	3 ve daha fazla	55	1,24	0,75			
Beden Kitle İndeksi	1 kardeş	23	26,34	5,20	3,11	0,047	1 kardeş>3 ve daha fazla
	2 kardeş	91	24,29	6,08			
	3 ve daha fazla	55	22,86	5,28			

¹: Yüksek puan düşük benlik saygısını ifade eder.

Anksiyete, depresyon ve benlik saygısı puanlarının kardeş sayısına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 27).

Beden kitle indeksi puanlarının kardeş sayısına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($F=3,11$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre 1 kardeş olan çocukların beden kitle indeksi puanı, 3 ve üzeri kardeş olan çocukların puanından anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 27).

4.3.2.5. Kahvaltı Alışkanlığına Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Tablo 28. Ölçek Puanlarının Okula Gelmeden Kahvaltı Yapma Durumuna Göre t Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Kahvaltı	n	\bar{X}	SS	t	p
Sosyal Anksiyete	Evet	107	40,60	13,08	-0,31	0,756
	Hayır	62	41,24	12,73		
Depresyon	Evet	107	10,85	6,76	-2,34	0,020
	Hayır	62	13,40	6,94		
Benlik Saygısı ¹	Evet	107	1,10	0,70	-1,67	0,096
	Hayır	62	1,31	0,85		
Beden Kitle İndeksi	Evet	107	23,42	5,57	-2,01	0,046
	Hayır	62	25,26	5,99		

¹: Yüksek puan düşük benlik saygısını ifade eder.

Depresyon puanlarının okula gelmeden önce kahvaltı yapma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($t=-2,34$; $p<0,05$). Okula gelmeden önce kahvaltı yapmayan çocukların depresyon puanı, okula gelmeden önce kahvaltı yapan çocukların puanından anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 28).

Sosyal anksiyete ve benlik saygısı puanlarının okula gelmeden önce kahvaltı yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 7).

Beden kitle indeksi puanlarının okula gelmeden kahvaltı yapma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($t=-2,01$; $p<0,05$). Okula gelmeden önce kahvaltı yapmayan çocukların beden kitle indeksi puanı, okula gelmeden önce kahvaltı yapan çocukların puanından anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 28).

4.3.2.6. Öğlen Yemeği Alışkanlığına Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Tablo 29. Ölçek Puanlarının Öğle Yemeğini Yediği Yere Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Öğle Yemeğini		n	\bar{X}	SS	F	p
	Yediği Yer						
Sosyal Anksiyete	Dışarıda	23	43,52	14,73	0,64	0,527	
	Evde	86	40,74	13,08			
	Okulda	60	39,93	12,02			
Depresyon	Dışarıda	23	12,78	6,76	1,88	0,156	
	Evde	86	10,78	6,02			
	Okulda	60	12,85	8,00			
Benlik Saygısı ¹	Dışarıda	23	1,32	0,95	0,60	0,549	
	Evde	86	1,13	0,64			
	Okulda	60	1,19	0,85			
Beden Kitle İndeksi	Dışarıda	23	22,46	6,22	1,25	0,289	
	Evde	86	24,59	6,20			
	Okulda	60	24,01	4,91			

¹: Yüksek puan düşük benlik saygısını ifade eder.

Sosyal anksiyete, depresyon, benlik saygısı ve beden kitle indeksi puanlarının öğle yemeğini yediği yere göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 29).

4.3.2.7. Akşam Yemeği Alışkanlığına Göre Ölçek Puanlarının İncelenmesi

Tablo 30. Ölçek Puanlarının Akşam Yemeğini Ailesiyle Birlikte Yeme Durumuna Göre t Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Kahvaltı	n	\bar{X}	SS	t	p
Sosyal Anksiyete	Evet	163	41,04	12,72	1,10	0,275
	Hayır	6	35,17	18,10		
Depresyon	Evet	163	11,79	6,87	-0,02	0,987
	Hayır	6	11,83	8,82		
Benlik Saygısı ¹	Evet	163	1,17	0,74	-0,60	0,553
	Hayır	6	1,36	1,35		
Beden Kitle İndeksi	Evet	163	24,21	5,81	1,37	0,172
	Hayır	6	20,92	4,27		

¹: Yüksek puan düşük benlik saygısını ifade eder.

Sosyal anksiyete, depresyon, benlik saygısı ve beden kitle indeksi puanlarının akşam yemeğini ailesiyle birlikte yeme durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 30).

4.3.3. Değişkenler Arası İlişkiye Ait Bulgular

Tablo 31. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	2	3	4	5
1. Beden Kitle İndeksi	-0,01	0,03	-0,01	-0,03
2. Dönem sonu notu	1	-0,04	-0,18*	-0,10
3. Sosyal Anksiyete		1	0,51**	0,36**
4. Depresyon			1	0,61**
5. Benlik Saygısı ¹				1

¹: Yüksek puan düşük benlik saygısını ifade eder.

Beden kitle indeksi ile dönem sonu notu, sosyal anksiyete, depresyon ve benlik saygısı arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$).

Dönem sonu notu ile sosyal anksiyete ve benlik saygısı arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$). Dönem sonu notu ile depresyon arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=-0,18$; $p<0,05$). Dönem sonu notu düşük olan çocukların depresyonu yüksektir ya da dönem sonu notu yüksek olan çocukların depresyonu düşüktür.

Sosyal anksiyete ile depresyon arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,51$; $p<0,05$). Sosyal anksiyetesi düşük çocukların depresyonu da düşüktür; sosyal anksiyetesi yüksek çocukların depresyonu da yüksektir.

Sosyal anksiyete ile benlik saygısı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,36$; $p<0,05$). Benlik saygısı ölçeğinde yüksek puan düşük benlik saygısını ifade ettiğinden benlik saygısı yüksek çocukların sosyal anksiyetesi düşük; benlik saygısı düşük çocukların sosyal anksiyetesi yüksektir.

Depresyon ile benlik saygısı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,61$; $p<0,05$). Benlik saygısı ölçeğinde yüksek puan düşük benlik saygısını ifade ettiğinden benlik saygısı yüksek çocukların depresyonu düşük; benlik saygısı düşük çocukların sosyal depresyonu yüksektir.

V. TARTIŞMA

Bu bölümde; yapılan analizler sonucunda elde edilmiş olan bulgular, literatürde bulunan diğer araştırmaların sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

Yapılan araştırma sonucunda örneklem grubuna ait sosyal anksiyete puanı ortalaması $40,83 \pm 12,09$; depresyon $11,79 \pm 6,91$ ve benlik saygısı $1,18 \pm 0,76$ olarak saptandı. Ölçeklerden elde edilen puanlara göre araştırmaya katılan çocukların sosyal anksiyetesi “orta”; depresyonu “düşük” ve benlik saygısı “orta” düzeydedir.

Araştırmaya 1921 öğrenci; dahil edildi. Bu öğrencilerin %52,37’si ($n=1006$) erkek, %47,63’ü ($n=915$) kız öğrencilerden oluşmaktaydı. Çalışmamızda obezite ve fazla kiloluluk sırasıyla; erkeklerde; %14,12 ve 10,73, kızlarda ise; %11,48 ve 14,64 olarak saptandı. Yapılan analizlerde BKİ puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. ($t=3,04$; $p<0,05$). Erkek çocukların BKİ puanlarının, kız çocukların BKİ puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. ÖZTORA’nın (2005) yılında İstanbul’da bulunan bir özel ilköğretim okulunda yapmış olduğu ve 6-15 yaş arası öğrencileri dahil ettiği çalışmasında erkeklerde %19,4 kızlarda ise; %15,7 olarak, CAN’ın 2011 yılında Çorlu’da bir ilköğretim okulunda yapmış olduğu çalışmasında da bizim çalışmamız ile benzer şekilde erkeklerde obezite oranı kızlara göre daha yüksek; erkeklerde %12,5 kızlarda ise; %9,6 olarak saptanmıştır. Farklı şekilde TOKSOY ve ark.’nın ve KAYA’nın çalışmalarında kızlarda obezite oranları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. (sırasıyla erkeklerde %10,7, kızlarda %17,2; erkeklerde %2,5, kızlarda %7,0).

Benzer biçimde Kanada ve Michigan’da yapılmış olan uluslar arası araştırmalarda da erkek çocukların obezite oranları kız çocuklarına göre yüksek bulunmuştur. (Sırasıyla erkeklerde %15,1, kızlarda 13,3, erkeklerde %16, kızlarda %13).

Çocukların kahvaltı alışkanlıkları incelendiğinde; çalışmaya katılan öğrencilerin %63,31’inin ($n=107$) evden çıkmadan önce kahvaltı yaptığı, %36,68’inin ($n=62$) evden çıkmadan önce kahvaltı yapmadığı belirlendi. Elde edilen bilgilere benzer biçimde; SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 2011 yılında yapmış olduğu çalışmada da kentsel yerleşim yerinde bulunan öğrencilerin %62,83’ünün ($n=3409$) evden

çıkmadan önce kahvaltı yaptığı, %37,16'sının (n=2016) evden çıkmadan önce kahvaltı yapmadığı tespit edilmiştir.

Güney Kore'de 6453 öğrencinin katıldığı bir çalışmada sabah kahvaltısı alışkanlığına sahip olmanın ve düzenli öğlen yemeği tüketiminin 5-8. Sınıflarda öğrenim gören öğrencilerde başarıya olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır. Bu durum sadece sabah kahvaltısının değil, diğer öğünlerin de öğrencilerin akademik başarıları üzerinde etkisinin varlığına vurgu yapmaktadır (DUMAN, 2012).

Bu çalışmada ayrıca; Depresyon puanlarının okula gelmeden önce kahvaltı yapma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($t=-2,34$; $p<0,05$). Okula gelmeden önce kahvaltı yapmayan çocukların depresyon puanı, okula gelmeden önce kahvaltı yapan çocukların puanından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı.

Sosyal anksiyete ve benlik saygısı puanlarının okula gelmeden önce kahvaltı yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Beden kitle indeksi puanlarının okula gelmeden kahvaltı yapma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($t=-2,01$; $p<0,05$). Okula gelmeden önce kahvaltı yapmayan çocukların beden kitle indeksi puanı, okula gelmeden önce kahvaltı yapan çocukların puanından anlamlı düzeyde yüksektir.

Öğrencilerin kardeş sayıları incelendiğinde; çalışmamıza katılan öğrencilerin %13,61'i (n=23) tek çocuklu aileye, %52,66'sı (89) iki çocuklu aileye, 21,30'u (n=36) 3 çocuklu aileye, %10,07'si (n= 17) 4 ve daha fazla çocuklu aileye mensup oldukları saptandı. SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2011 yılında yapmış olduğu çalışmada da kentsel yerleşim yerinde ikamet eden öğrencilerin farklı olarak; %20,6'sının (n=1244) tek çocuklu aileye mensup oldukları, benzer olarak; %53,7'sinin (n=3252) 2 çocuklu aileye, %23,0'ünün (n=1394) 3 çocuklu aileye mensup oldukları görüldü. Çalışmamızda; anksiyete, depresyon ve benlik saygısı puanlarının kardeş sayısına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) ancak; BKİ puanlarının kardeş sayısına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($F=3,11$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre 1 kardeş olan çocukların beden kitle indeksi puanı, 3 ve üzeri kardeş olan çocukların puanından anlamlı düzeyde yüksek bulundu. ÇINAR'ın 2013 yılında Ankara'da yapmış olduğu çalışmada da benzer biçimde 1-3 çocuklu aileye

mensup öğrencilerde, 6 ve üzeri çocuklu aileye mensup öğrencilere göre obezite oranı daha yüksek bulunmuştur. (sırasıyla %88 (n=44), %4 (n=2)) ancak; bizim çalışmamızdan farklı olarak istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Yaş grubuna göre obezite prevalansı incelendiğinde; çalışmamızda BKİ puanlarının çocukların yaşına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi (F=6,09; p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre 10,11 ve 13 yaşındaki çocukların BKİ puanı, 12 yaşındaki çocukların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Benzer bir biçimde; ÇINAR'ın 2013 yılında Ankara'da yapmış olduğu çalışmasında 9-10 grubundaki öğrencilerde obezite görülme sıklığının %32 olduğu ve 7-8, 11-12, 13-14 yaş grubundaki öğrencilere göre daha yüksek olduğu ancak bizim çalışmamızdan farklı olarak istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (p>0,05). Polonya'da 6-13 yaş aralığında 1499 çocuk ile yapılan bir obezite araştırmasında da çalışmamızla benzer biçimde kentsel bölgede yaşayan gruba dahil erkeklerde 9-10 yaş, kızlarda ise 9 yaş seviyesinde obezite daha yaygın olarak saptanmıştır. (SAVAŞHAN, vd., 2015)

Çalışmamızda; sosyal anksiyete puanlarının çocukların yaşına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi (F=3,95; p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre 10 yaşındaki çocukların sosyal anksiyete puanı, 11, 12 ve 13 yaşındaki çocukların puanından anlamlı düzeyde yüksektir.

Depresyon ve benlik saygısı puanlarının çocukların yaşına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi (p>0,05).

Öğrencilerin akademik başarılarının obezite prevalansına etkisi incelendiğinde; BKİ ile dönem sonu notu, sosyal anksiyete, depresyon ve benlik saygısı arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi (p>0,05). Ancak; literatürde sıklıkla yer alan bilgiler akademik başarının obezite ile ters ilişkili olduğu yönündedir. DOĞAN ve ark. 2015 yılında öğretmenlerin görüşlerine göre obezitenin eğitim ve öğretim süreçlerine nasıl yansıdığını araştırdıkları çalışmalarında; katılımcı öğretmenler obez öğrencilerin akranları tarafından dışlanma, okul ortamında mutlu olamama ve bu nedenlerle derslere kendilerini verememe sorunu yaşadıklarını, obez olan öğrencinin tedavi sonrasında kilo verdikçe özgüven, derslere ilgi ve başarının artışında gözlemlerin olduğu, obez

öğrencilerde sıklıkla tedirginlik duygusu gözlemlendiği, okula aidiyet konusunda güçlükle yaşadıklarını gözlemledikleri yönünde bilgiler tespit edilmiştir.

Dönem sonu notu ile sosyal anksiyete ve benlik saygısı arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$). Dönem sonu notu ile depresyon arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=-0,18$; $p<0,05$). Dönem sonu notu düşük olan çocukların depresyonu yüksektir ya da dönem sonu notu yüksek olan çocukların depresyonu düşüktür.

BKİ ile sosyal anksiyete, depresyon ve benlik saygısı arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$). HAMURCU ve ark. tarafından 2015 yılında yapılan çalışmada, bizim çalışmamızla benzer bir şekilde obez, fazla kilolu ve normal kilo sınırları içerisinde olan bireylerin benlik saygısı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. DEĞİRMENCİ ve ark. tarafından 2015 yılında yapılmış olan çalışmada obez olan grupta hafif düzeyde depresyon belirtileri ile orta düzeyli anksiyete belirtileri belirlenmiş, normal kilolu bireylere göre anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Daha önce yapılmış olan çalışmalar da bu çalışmayı destekler sonuçlar ortaya koymuştur. GREENBERG ve ark. tarafından 2005 yılında yapılmış olan çalışma ile obezite tedavisi amacıyla cerrahi yöntemlere başvuran hastaların davranışsal ve psikolojik açıdan araştırıldığı yayınlar incelenmiştir. Obezitenin neden olduğu psikolojik sonuçlar açısından; düşük benlik saygısından depresyona kadar çok geniş bir yelpazeyi içerdiği saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, obezite seviyesinin artmasıyla yeme bozukluğu görülme sıklığının arttığı, olumsuz beden algısının artarak, yaşam kalitesinde düşmeler olduğu belirlenmiştir.

Bizim çalışmamızda da elde edilen bulgular; sosyal anksiyete ile depresyon arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu yönündedir ($r=0,51$; $p<0,05$). Çalışmaya katılan öğrencilerden sosyal anksiyete düzeyleri düşük olan öğrencilerin depresyon düzeylerinin de düşük olduğu, sosyal anksiyete düzeyleri yüksek olanların, depresyon düzeylerinin de yüksek olduğu saptanmıştır.

Sosyal anksiyete ile benlik saygısı arasında da pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi saptanmıştır ($r=0,36$; $p<0,05$). Benlik saygısı ölçeğinde yüksek puan, düşük benlik saygısını ifade etmesinden dolayı; benlik saygısı yüksek çocukların sosyal anksiyete

düzeyleri düşük, benlik saygısı düşük çocukların sosyal anksiyete düzeyleri yüksek olarak belirlenmiştir.

Depresyon ile benlik saygısı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0,61$; $p<0,05$). Benlik saygısı ölçeğinde yüksek puan düşük benlik saygısını ifade etmesinden, benlik saygısı yüksek çocukların depresyonu düşük, benlik saygısı düşük çocukların depresyonu yüksek olarak saptanmıştır.



VI. SONUÇLAR

6.1. SONUÇ

Obezite hem ülkemizde hem de dünyada hızla artmaktadır. Değişen yaşam koşulları ile birlikte özellikle kentsel bölgelerde yaşayan çocuklar çok uzun saatler televizyon, tablet, bilgisayar, cep telefonu gibi cihazların başında hareketsiz kalmakta, fastfood tarzı beslenmenin de etkisi ile alınan yüksek kaloriler neticesinde obezite ile karşı karşıya kalmaktadır. Obezite yalnızca bedensel bir hastalık değil, sosyal ve psikolojik açıdan birçok etkisi bulunan bir hastalıktır. Bu araştırma ile obezitenin çocuklarda meydana getirdiği psikolojik etkileri tespit etmek ve açıklamak hedeflenmiştir. Öncelikle bir ortaokulun 1921 öğrencisi araştırma evreni olarak belirlenmiş ve BKİ değerleri tespit edilerek obezite prevalansı belirlenmiştir. Daha sonra aralarından seçkisiz bir şekilde belirlenen 169 öğrenci ile toplantı yapılarak araştırma konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler Bilgi Formu, Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği (Yenilenmiş Biçim), Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'ni doldurmuştur.

İstatistiksel analizler sonucunda;

1. Ölçeklerden elde edilen puanlara göre araştırmaya katılan çocukların sosyal anksiyetesi “orta”; depresyonu “düşük” ve benlik saygısı “orta” düzey olarak tespit edildi.
2. Sosyal anksiyete, depresyon ve benlik saygısı puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi.
3. BKİ puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği ve erkek öğrencilerin BKİ puanlarının, kız öğrencilerin BKİ puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi.
4. Sosyal anksiyete puanlarının çocukların yaşına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. 10 yaşındaki çocukların 11, 12 ve 13 yaşındaki çocuklardan anlamlı düzeyde daha yüksek sosyal anksiyete puanına sahip oldukları tespit edildi.
5. Depresyon ve benlik saygısı puanlarının öğrencilerin yaşına göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edildi.

6. BKI puanlarının çocukların yaşına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. Yapılan analizde 12 yaşındaki çocukların BKI puanlarının 10, 11 ve 13 yaşındaki çocuklardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edildi.
7. Sosyal anksiyete, depresyon ve benlik saygısı puanlarının BKI puanlarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edildi.
8. Anksiyete, depresyon ve benlik saygısı puanlarının kardeş sayısına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi.
9. Beden kitle indeksi puanlarının kardeş sayısına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre 1 kardeş olan çocukların beden kitle indeksi puanı, 3 ve üzeri kardeş olan çocukların puanından anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi.
10. Depresyon puanlarının okula gelmeden önce kahvaltı yapma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. Okula gelmeden önce kahvaltı yapmayan çocukların depresyon puanı, okula gelmeden önce kahvaltı yapan çocukların puanından anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi.
11. Sosyal anksiyete ve benlik saygısı puanlarının okula gelmeden önce kahvaltı yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi.
12. Beden kitle indeksi puanlarının okula gelmeden kahvaltı yapma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. Okula gelmeden önce kahvaltı yapmayan çocukların beden kitle indeksi puanı, okula gelmeden önce kahvaltı yapan çocukların puanından anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi.
13. Sosyal anksiyete, depresyon, benlik saygısı ve beden kitle indeksi puanlarının öğle yemeğini yediği yere göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi.
14. Sosyal anksiyete, depresyon, benlik saygısı ve beden kitle indeksi puanlarının akşam yemeğini ailesiyle birlikte yeme durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi.
15. Beden kitle indeksi ile dönem sonu notu, sosyal anksiyete, depresyon ve benlik saygısı arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi.
16. Dönem sonu notu ile sosyal anksiyete ve benlik saygısı arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi. Dönem sonu notu ile depresyon arasında negatif yönlü ve

anlamli iliŒki tespit edildi. Dönem sonu notu dŒk olan çocukların depresyonu yüksektir ya da dönem sonu notu yüksek olan çocukların depresyonu dŒktr.

17. Sosyal anksiyete ile depresyon arasında pozitif yönlü ve anlamli iliŒki tespit edildi. Sosyal anksiyetesi dŒk çocukların depresyonu da dŒktr; sosyal anksiyetesi yüksek çocukların depresyonu da yüksek olduğu tespit edildi.
18. Sosyal anksiyete ile benlik saygısı arasında pozitif yönlü ve anlamli iliŒki tespit edildi. Benlik saygısı ölçeğinde yüksek puan dŒk benlik saygısını ifade ettiğinden benlik saygısı yüksek çocukların sosyal anksiyetesi dŒk; benlik saygısı dŒk çocukların sosyal anksiyetesi yüksek olduğu tespit edildi.
19. Depresyon ile benlik saygısı arasında pozitif yönlü ve anlamli iliŒki tespit edildi. Benlik saygısı ölçeğinde yüksek puan dŒk benlik saygısını ifade ettiğinden benlik saygısı yüksek çocukların depresyonu dŒk; benlik saygısı dŒk çocukların sosyal depresyonu yüksek olduğu tespit edildi.

6.2. ÖNERİLER

Obezite yalnızca bedensel etkileri olan bir rahatsızlık değildir. Bu araŒtırma; obez çocukların yaŒadıkları bedensel rahatsızlıkların yanında yaŒamıŒ oldukları psikolojik etkileri belirlemek amacıyla gerekleŒtirilmiŒtir. AraŒtırmada obez olan ve olmayan öğrenciler arasında Benlik saygısı, depresyon ve sosyal anksiyete açısından anlamli bir farklılık bulunmamıŒtır. Ancak; araŒtırma İstanbul BayrampaŒa’da akademik puan ve sportif faaliyetler açısından üst sıralarda yer alan bir okulda gerekleŒtirilmiŒtir.

Kırsal bölge ya da akademik ve sportif faaliyetlerin daha az olduğu bir okulda benzer araŒtırmaların yapılması ve farklı eğitim kademelerinin de dahil edilmesi ile deėiŒik sonuçlar elde edilmesi mümkün olabilir.

Her geçen gün tüm dünyada hızla artıŒ gösteren obezite ile mücadelede okulların aktif olarak rol alması, bilgilendirme ve bilinçlendirme alıŒmalarına katılmaları, öncelikli olarak okul psikolojik danıŒmanları, idareciler ve öğretmenlere eğitimler verilerek velilerin ve öğrencilerin bilinçlendirilmeleri sağlanmalıdır.

Okul kantinlerinde yaŒ ve kuru meyve ile kuruyemiŒ satıŒlarının teŒvik edilmesi sağlıksız besinler yerine bu besinlerin tercih edilmesi desteklenmelidir.

Obezite tanılması kolay ve tedavisi karmaŒık bir hastalık olması nedeniyle ortaya çıktıktan sonra ülke bütçesine de bir yük getirmekte ve iŒ gücü kaybına sebep

olmaktadır. Yalnızca tek bir disiplin tarafından oluşturulan tedavi planlarının başarı oranının düşük olduğunu göz önüne aldığımızda; obezitenin tüm boyutları dikkate alınarak, disiplinler arası ortak çalışmalar ile önleyici tedbirlerin hızla alınması ve uygulamaya konulması son derece önemlidir.

Çalışmada 10 yaş grubu öğrencilerde sosyal anksiyete derecesinin anlamlı düzeyde yüksek saptanması ve bu grupta yer alan öğrencilerin %63,7'sinin (n=13) 5. Sınıf öğrencisi olması nedeniyle, bu öğrencilerin ortaokul kademesine uyum sağlamakta yaşadıkları güçlük ile ruhsal ve duygusal sorunlar açısından ortaokul kademesine uyumları konusunda daha detaylı bir araştırma yapılması faydalı olabilir.



KAYNAKÇA

1. SERTER, R., 2003, Obezite Atlası, Ankara.
2. WILLIAMS, G. Ve FRÜHBECK, G., 2009, "Obesity Science to Practice", John Wiley & Sons, Bristol, UK.
3. OKKA, B. Ve DURDURAN, Y., 2013, "Eski Yunan ve Bizans Döneminde Obezite", Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Dergisi, 21(3): 111-117.
4. HATİPOĞLU, A. Ve BATMAN, O., 2014, "Osmanlı Saray Mutfağı'na Ait Gastronomik Unsurların Günümüz Türk Mutfağı ile Kıyaslanması", Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi, 11(2):62-74.
5. ERDİM, L., ERGUN, A. Ve KUĞUOĞLU, S., 2014, "Çocuklarda Obezitenin Önlenmesi ve Yönetiminde Hemşirenin Rolü", Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 1(2):115-126.
6. KÖKSAL, G., ve ÖZEL, H.G., 2012, "Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite", Reklam Kurdu Ajansı Org. Tan. Tas. Rek. San. Tic. Ltd. Şti., Ankara.
7. SATMAN, İ. Vd, "Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu" Ankara, 2014.
8. ŞIK, B., 2017, "Çocukluk Çağı Obezitesi Raporu", Sosyal Haklar Derneği, İstanbul.
9. SAVAŞHAN, Ç., vd., 2015, "İlkokul Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı ve Risk Faktörleri", Türk Aile Hekimliği Dergisi, 19(1):14-21.
10. HASLOFÇA, F., vd., 2017, "11-12 Yaş Türk Çocuklarının Bazı Fiziksel Uygunluk Değerlerindeki Otuz Yıllık Değişimlerin İncelenmesi", Spor Hekimliği Dergisi, 52(4):137-145.
11. ERDİM, L. Vd., 2015, "Bağlamsal Model Doğrultusunda Çocuklarda Obeziteyi Etkileyen Faktörler", Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23(3):243-251.
12. ATAMTÜRK, D., 2009, "Alt Sosyoekonomik Düzeyde Yer Alan Çocuklarda Aşırı Kiloluluğun ve Obezitenin Yaygınlığı", Gaziantep Tıp Dergisi, 15(2):10-14.
13. ÖNAL, Z. Ve ADAL, E., 2014, "Çocukluk Çağında Obezite", Okmeydanı Tıp Dergisi, 10:39-44.
14. BEŞİKCİ, A.O., 2010, " Erken Yaşta Görülen Obezite: Nedenleri ve Tedbirler", Mised, Sayı:23-24.
15. AYGÜN, N., 2014, "Obezitesi Tanımı, Komplikasyonları, Endokrin Kontrolü ve Beslenme Tedavisi", Okmeydanı Tıp Dergisi, 30(Ek Sayı 1):45-49.
16. GÜREL, F.S. Ve İNAN, G., 2001, "Çocukluk Çağı Obezitesi Tanı Yöntemleri, Prevalansı ve Etiyolojisi", Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2(3):39-46.
17. CAN, N., 2011, "Çorlu Merkezdeki İlk Öğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı, Risk Faktörleri ve Benlik Saygısı", Edirne, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
18. ÖZİLBEY, P., 2013, "İlköğretim 1. Kademe Öğrencilerinden Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
19. ÖZTORA, S., 2005, "İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması." Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

20. BERTAN, M., vd., 2009, "Ülkemizde Erken Çocukluk Gelişimine İlişkin Yapılan Çalışmaların Derlenmesi (200-2007)", Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 52:1-8.
21. ÜNAL, D., vd., 2010, "Östrojen ve Hipokampus İlişkisi", Türkiye Klinikleri, 5(3):167-171.
22. AY, E.G., 2014, "Erzurum İl Merkezi Okul Çağı Çocuklarda Obezite Prevalansı ve Beslenme Alışkanlıkları ile İlişkisi", Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
23. ARLI, M., vd., 2017, "Anne ve Çocuk Beslenmesi", Pegem Akademi, Ankara.
24. SERT, Z.E. Ve TEMEL, A.B., 2017, "İlköğretim Öğrencilerinin Kilo Yönetiminde İlişkili Faktörler", Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 10(1):13-21.
25. SÖZEN, M.A., 2006, "Obezite ve Obezitenin Genetiği", Kocatepe Tıp Dergisi, 7:1-11.
26. HEKİM, M., 2015, "Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesinde Fiziksel Aktivite ve Sporun Önemi" Uluslar arası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8(37):1102-1106.
27. LİMLİNİ, G., 2010 "Balçova Bölgesi 15-17 Yaş Arası Lise Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Obeziteyle İlişkisi", Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir.
28. UZUN, N., 2014, "Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Algılanan Ebeveyn Kontrolü ve Depresyon ile Obezitenin İlişkisi: Obezite İçin Koruyucu ve Risk Faktörleri", Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı, KPJ-YL-2014-0003, Aydın.
29. DALLAR, Y., vd., 2006, "Obezite, Çocuklarda Depresyon ve Özgüven Eksikliğine Neden Oluyor mu?", Gülhane Tıp Dergisi, 48:1-3.
30. ERGÜL, Ş. Ve KALKIM, A., 2011, "Önemli Bir Kronik Hastalık: Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite", TAF Preventive Medicine Bulletin, 10(2):223-230.
31. KARAKULAK, H.A., 2009, "Anne-Bebek Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması" Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Programı, Sivas.
32. SOYSAL, A.Ş., vd., 2005, "Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış", Klinik Psikiyatri, 8:88-99.
33. TÜZÜN, O. Ve SAYAR, K., 2006, "Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji", Düşünen Adam, 19(1):24-39.
34. KIRIMER, F., AKÇA, E. Ve SÜMER, N., 2014, "Orta Çocuklukta Anneye Kaygılı ve Kaçınan Bağlanma: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II Orta Çocukluk Dönemi Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması", Türk Psikoloji Yazıları, 17(33):45-57.
35. ÖZMERT, E.N., 2006, "Erken Çocukluk Gelişiminin Desteklenmesi-III: Aile", Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 49:256-273.
36. ÇALIŞIR, M., 2009, "Yetişkin Bağlanma Kuramı ve Duygulanım Düzenleme Stratejilerinin Depresyonla İlişkisi", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 1:240-255.

37. ÖZGÜR, G., GÜMÜŞ, A.B. Ve PALAZ, C., 2008, " Obez Bireylerin Depresif Belirti Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(3): 77-85.
38. YETKİN, İ. Ve ÇİMEN, A.R., 2010, "Obezite ve Güncel Tedavi Yöntemleri", Mised, 23-24:68-77.
39. SEYAHİ, N., vd., 2003, "Kuru Ağırlık Takibi İçin Biyoimpedans Analizi ve Vena Kava İnfior Sonografisinin Kullanılması", Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 12(4):209-215.
40. MILLER, W.R. Ve ROLLNICK, S., 2002, "Motivasyonel Görüşme İnsanları Değişime Hazırlama", (Çev., F. KARADAĞ, K. ÖGEL ve A.E. TEZCAN), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
41. TOSUN, A.S. Ve ZİNCİR, H., 2016, "Tip 2 Diabetes Mellitus'ta Sağlık Davranış Değişiminde Transteoretik Model Temelli Motivasyonel Görüşme Tekniği", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8(1):32-41.
42. SARGIN, M. Ve SARGIN, A.E., 2015, "Yaşamaya Değer Bir Hayat İçin: Diyalektik Davranışçı Terapinin Gelişimi ve Temel İlkeleri", Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi, 8(2): 64-70.
43. ALTIN, G.E., 2012, "Perinatal Depresyon Tedavisinde Kişilerarası Terapi", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4(2):188-203.
44. GÜLAY, O., vd., 2016, "Obezite ve Bilişsel Davranışçı Terapi", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8(2):133-144.
45. BARIŞKIN, E., vd., Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite Mücadele El Kitabı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2013.
46. KAYA, İ. Ve ALYANAK, B., 2017, "Diyalektik Davranışçı Terapi" Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics, 3(2):127-131.
47. TEZCAN, B., 2009, "Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar", İstanbul, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
48. SEVİNÇER, G.M., 2016, "Türkiye'de Obezite Cerrahisinde Psikiyatrik Değerlendirme: Uzlaşma ve Kılavuz Gereksinmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 17(Ek Sayı.2):5-45.
49. EREN, İ. Ve ERDİ, Ö., 2003, "Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı", Klinik Psikiyatri, 6:152-157.
50. SEVİNÇER, G.M., vd., 2014, "Bariatrik Cerrahinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(1):32-44.
51. GÖKBUNAR, R., DOĞAN, A. Ve UTKUSEVEN, A., 2015, "Obezite ile Mücadelede Bir Kamu Politikası Aracı Olarak Vergilerin Değerlendirilmesi", Yöntem ve Ekonomi, 22(2): 581-602.
52. ÜNLÜ, U., 2017, "Obezite Vergilerinin Obezite ile Mücadelede Yeri: Türkiye İçin Bir Değerlendirme", Sayıştay Dergisi, 106:123-146.
53. AKAR, S., 2015, "Obezite ile Mücadelede Vergilendirme: Türkiye'de Mümkün mü?", Journal of Life Economics, 2:29-46.
54. BAYRAKTAR, A., 2010, " Obezite Tedavisinde Eczacının Rolü ve Katkısı", Mised, 23-24:106-110.
55. AKSAKAL, B.Y. Ve OĞUZÖNCÜL, A.F., 2017, "Elazığ Kent Merkezinde Bulunan Ortaöğretimde Okuyan Öğrencilerde Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", Dicle Tıp Dergisi, 44(1):13-23.

56. MEYDANLIOĞLU, A., 2015, "Çocuklarda Fiziksel Aktivitenin Biyopsikososyal Yararları", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(2):125-135.
57. TAM, A.A. Ve ÇAKIR, B., 2012, "Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım", *Ankara Medical Journal*, 12(1):37-41.
58. ÇINAR, S., 2013, " Farklı Sosyaekonomik Düzeylerdeki 7-14 Yaş Grubundaki Çocuklarda Obezitenin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
59. PEKCAN, G., vd., 2016, " Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER), Alban Tanıtım, Ankara.
60. KÖKSAL, E. Ve KARAÇİL, M.Ş., 2014, "Okul Çağı Çocuklarında Şeker Tüketiminin Beden Kütle İndeksine Etkisinin Değerlendirilmesi", *Fırat Tıp Dergisi*, 19(3):151-155.
61. ÖZCAN, C., Kılınç, S. ve Gülmez, H., 2013, "Türkiye'de Okul Sağlığı ve Yasal Durum", *Ankara, Medical Journal*, 13(2):71-81.
62. ÜNAL, Z., vd., 2016, "Sağlık Alanında Mobil Uygulama Örneği: Çocuklardaki Gelişimin Büyüme Eğrilerine Göre Değerlendirilmesi", <http://ab.org.tr/ab16/bildiri/300.pdf>.
63. ŞİMŞEK, F., vd., 2005, "Ankara'da Bir İlköğretim Okulu ve Lisede Obezite Sıklığı", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 58:163-166.
64. AKBAŞ, F., vd., 2013, "Hastanemizde İlk Kez Kurulan Bir Birim Olarak İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Obezite polikliniğini ve 2 Yıl Sonundaki Verilerimizin Değerlendirilmesi", *İstanbul Tıp Dergisi*, 14:253-6.
65. ERGİN, A.B., 2014, "Obezitenin Kadın Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi", *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1):41-54.
66. AYTİN, N., 2014, "Ergenlerde Yeme Tutumları ile Sorun Çözme Eğilimleri ve Ebeveyne Bağlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı, (KPJ-YL-2014-0005)
67. BÜYÜK, E.T. Ve DUMAN, G., 2014, "Farklı Okullarda Okuyan Lise Öğrencilerinin Yeme Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi", *The Journal of Pediatric Research*, 1(4):2012-2017.
68. ERTAŞ, H.S., "Yeme Bozuklukları", Timaş Yayınları, İstanbul, 2006.
69. TOKER, D.E. Ve HOCAOĞLU, Ç., 2009, "Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçireme", *Düşünen Adam*, 22(1-4):36-42.
70. VARDAL, E., 2015, "Yeme Tutumu: Bağlanma Stilleri ve Geşalt Temas Biçimleri Açısından Bir Değerlendirme", Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Klinik Psikoloji) Anabilim Dalı, Ankara.
71. ANNAGÜR, B.B. Vd., 2012, "Obezitede Dürtüsellik ve Emosyonel Faktörler: Bir Ön Çalışma", *Nöropsikiyatri Arşivi*, 49:14-9.
72. ÖZSOY, E.V., 2016, " Yeme Bozukluklarında Kişilik Özellikleri", *International Journal of Sciences and Education Research*, 3(1):255-266.
73. TOKER, D.E. Ve HOCAOĞLU, Ç., 2009, "Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçireme", *Düşünen Adam*, 22(1-4):36-42.
74. EKER, E., 2006, "2005 Yılında İstanbul Ortaöğretim Kurumlarında Eğitim Gören Ergenlerin Yeme Tutumlarının Değerlendirilmesi ve Kendine Zarar Verme ile İntihar Davranışları Bakımından Karşılaştırılması", İstanbul

- Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
75. ÇADIRCI, K., 2015, "Anemi ve Primer Hipotiroidi Birlikteliği Olan İlginç Bir Pika Senderomu", ODÜ Tıp Dergisi, 2015:32-35.
 76. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu, E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
 77. ÖZTÜRK, A. Ve AKTÜRK, S., 2011, "İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Prevalansı ve ilişkili Risk Faktörleri", TAF Preventive Medicine Bulletin, 10(1):53-60.
 78. ARSLANOĞLU, İ., 2009, "Çocuk ve Ergenlerde Şişmanlık Sorunu ve Yaklaşım", Türk Pediatri Arşivi, 44:115-9.
 79. YAVUZ, R. Ve TONTUŞ, H.Ö., 2013, "Erişkin, Adolesan ve Çocukluk Yaş Grubunda Obeziteye Klinik Yaklaşım", Journal of Experimental and Clinical Medicine (DeneySEL ve Klinik Tıp Dergisi), 30(2013):69-74.
 80. ÖZBEK, M.N. Ve TOPALOĞLU, A.K., 2007, "Çocukluk Çağında Obezite", Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Sciences, 3(6):47-50.
 81. IRMAK, H., KESİCİ, C. Ve KAHRAMAN, N., 2011, "Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi Araştırma Raporu", Ankara.
 82. KOÇOĞLU, G., vd. 2003, "Prevalence of Obesity Among 11-14 Years Old Students in Sivas-Turkey", Pakistan Journal of Nutrition, 2(5): 292-295.
 83. YABANCI, N., 2004, "Okul Çağı Çocuklarda Büyüme ve Obezite Durumunun Saptanması, Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi", Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı Doktora Tezi.
 84. SUR, H., vd., 2005, "Biochemical and Behavioral Indices Related to BMI in Schoolchildren in Urban Turkey", İstanbul, Prev Med, 41(2):614-21
 85. Türkiye İstatistik Kurumu, 2015, Türkiye'deki Obezite Oranı %31,1 oranında arttı. Available on site http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_58_20151008.pdf.
 86. ODACI, E., vd., 2005, "Cavalieri Prensibi Kullanılarak Bilgisayarlı Tomografi ve Manyetik Rezonans Görüntüleri Üzerinden Hacim Hesaplanması ve Klinik Kullanımı", Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 25:421-428.
 87. ERGÜL, Ş. Ve KALKIM, A., 2011, "Önemli Bir Kronik Hastalık: Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite", TAF Preventive Medicine Bulletin, 10(2):223-230.
 88. DÜZGÜN, A. Ve ÇAKIRER, ÖZSERVET, Y., 2013, " Obezite Engelliliği ve Obezlerin Kentte Mekansal Hareketlilik Durumları", Ulaşılabilir Kentler Engelsiz Mekanlar, Türkiye.
 89. YILDIRAN, F., 2006, " Obezite Hastalarının Giyim Problemleri", Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Giyim Endüstrisi ve Giyim Sanatları Eğitimi Anabilim Dalı Giyim Sanatları Eğitimi Bilim Dalı", Yüksek Lisans Tezi. Konya
 90. ÇİVİTÇİ, Ş. Ve HARMANKAYA, H., 2012, "6-16 Yaş Arası Obez Çocukların ve Ergenlerin Giyisilerde Tercih Ettiği Özellikler", Electronic Journal of Vocational Colleges, (ss. 49-60).

91. DOĞAN, S., UĞURLU, C.T. ve ÇETİNKAYA, M., Yaz-2015, "Öğretmen Görüşlerine Göre Obezitenin Eğitim Öğretim Süreçlerine Yansımaları", Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 14(54):173-92.
92. BABAOĞLU, K. ve HATUN, Ş., 2002, "Çocukluk Çağında Obezite", Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 11(1):8-10.
93. METİNOĞLU, İ., 2010, "Kastamonu İl Merkezi İlköğretim Öğrencilerinde Obezitenin Sebepleri, Akademik Başarı ile İlişkisi ve Fen Derleri Müfredatının Beslenme Bilgi Düzeylerine Etkisi" (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kastamonu Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Kastamonu.
94. AÇIKEL, M.E., 2011, "Obez Kadınlarda Davranışsal Tedavinin Beslenme Davranışına Etkisi", Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
95. ÖZTÜRK, M., 2010, "Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının Sağlık Davranışı Etkileşim Modeline Göre İncelenmesi", Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
96. BİLEN, K.N., 2017, "Ruh ve Beden Zarafeti", Psikeart, 52:38-40.
97. DEĞİRMENCİ, T., vd., 2015, " Obezitede Psikolojik Belirtiler ve İlişkili Etmenler", Nöropsikiyatri Arşivi, 52:42-6.
98. HAMURCU, P., vd., 2015, "Obezitenin Benlik Saygısı ve Beden Algısı Üzerine Etkisi", Türk Aile Hekimliği Dergisi, 19(3):122-128.
99. ÖZKAN, İ., 1994, "Benlik Saygısını Etkileyen Etmenler", Düşünen Adam, 7(3):4-9.
100. ERİŞ, Y. ve İKİZ, F.E., 2013, "Ergenlerin Benlik Saygısı ve Sosyal Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Kişisel Değişkenlerin Etkileri", Ankara, International Periodical For The Languagez, Literature and History of Turkish or Turkic Volume, 8/6:179-193.
101. ÇANKAYA, B., 2007, "Lise I. Ve II. Sınıf Öğrencilerinin Algılanan Benlik Saygısının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
102. KUZGUN, Y., 2002, "İlköğretimde Rehberlik", Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
103. WARDLE, J., VOLZC. And GOLDING, C., 1995, "Social Variation in Attitudes to Obesity in Children", Int J Obes Relat Metab Disord, 19(8):562-569.
104. SADOCK, B.J. And SADOCK V.A., 2000, "Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry", Philadelphia, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 1787-97.
105. PINAR, R., 2002, "Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma", Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6 (1):30-39.
106. GÜLEÇ, D., vd., 2011, "Depression and Anxiety in Obese Patients", 18 Mart University Faculty of Medicine, Depertmant of Psychiatry, Çanakkale, 15:121-4.
107. AKSOY, A., OĞUR, S. Ve AKSOY, E., 2016, "Bitlis İl'ndeki Obez Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Obeziteye ve Çocuklarına Yaklaşımı", Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi, 5(2):210-224.

108. SOYLU, N., TANELİ, Y. Ve TANELİ, S., 2013, "Depresyonu Olan Ergenlerde İntihar Davranışını Etkileyen Sosyal, Emosyonel ve Kognitif Faktörlerin Araştırılması", *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50:352-359.
109. ERBİL, N., DİVAN, Z., ve ÖNDER, P., 2006, "Ergenlerin Benlik Saygısına Ailelerinin Tutum ve Davranışlarının Etkisi", *Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 3(10):7-15.
110. TUKU, L., 2010, " The Self Esteem Rating Scale- Short Form (Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği Kısa Formu) Türkçe Güvenilirlik ve GEÇERLİLİK Çalışması", Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli.
111. ALŞEN, S., 2012, "Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formun Türkçe Uyarlamasının Türk Populasyonundaki Ergenlerde Psikometrik Özellikleri", Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.
112. DİLBAZ, N., 2000, "Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı", *Klinik Psikiyatri*, Ek 2:3-21.
113. DEMİR, T., vd., "Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği", 1998, Sapanca.
114. KESSLER, R.C., STEIN, M.B. Ve BERGLUND, P., 1998, " Social Subtypes in the National Comorbidity Survey, *Am J Psychiatry*, 155:613-619.
115. SMITH, R.E. And SARASON, I.G., 1975, "Social Anxiety and the Evaluation of Negative Interpersonal Feedback", *J Consult Clin Psychol* 43:429.
116. KAYA, R., 2008, "Edirne İl Merkezinde İlköğretim Okullarındaki Öğrencilerde Beslenme, Obezite, Fiziksel Aktivite İlişkisinin Değerlendirilmesi" (Tez), Edirne, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
117. ÖNCÜ, İ., 2009, "Çocukluk Çağı Obezitesinde Meabolik Parametrelerin Diyet ve Egzersizle İlişkisi", *Tıpta Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*, Adana.
118. ERSOY, R. Ve ÇAKIR B., 2007, "Obesity", *Turkish Medical Journal*, 1:107-116.
119. ÖZTORA, S., 2005, "İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması." *Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığınca Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi*, İstanbul.
120. 2016, "Beslenme Dostu Okullar Program Uygulama Kılavuzu", 2016, Available on Site, http://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2016_11/09102010_beslenme_dostu_okullar_program_uygulama_k_lavuzu.pdf.
121. 2013, "Okul Kantinlerine Dair Özel Hijyen Kuralları Yönetmeliği", Resmi Gazete, Available on Site <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/02/20130205-5.htm>.
122. 2017, "Okul ve Kurumlardaki Yemekhane, Kantin, Kafeterya, Büfe, Gıda İşletmelerinin Kontrol ve Denetimi", Ankara, Available on Site https://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_09/18110500_Okul_Kurumlardaki_GYda_Yletmelerinin_Kontrol_ve_Denetimine_YliYkin_Uygulama_KYlavuzu.pdf.
123. GÜLER, S., 2010, "Türk Mutfak Kültürü ve Yeme İçme Alışkanlıkları", *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 26:24-30.

124. Eğitim İstatistikleri, Available on Site http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1018.
125. DEVECİ, A., vd., 2005, "Obez Hastalarda Psikopatoloji, Aleksitimi ve Benlik Saygısı", Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6:84-91.
126. ALTUNKAYNAK, B.Z. Ve ÖZBEK, E., 2006, "Obezite:Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri", Van Tıp Dergisi, 13(4):138-142.
127. ÖZTÜRK, O., 2008, " Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (1)", Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., Ankara.
128. La Greca AM, et al, 1988, Development of the social anxiety scale for children: Reliability and concurrent validity. J Clin Child Psychol 17:84-91.
129. DEMİR, T., vd., 2000, "Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği", Düşünen Adam, 13(1):42-48.
130. KARAKAYA, I., 2006, "Yüzücülerin Depresyon, Benlik Saygısı ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi", Anatolian Journal of Psychiatry, 7:162-166.
131. ÖY, B., 1991, "Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması", Türk Psikiyatri Dergisi, 2:132-136.
132. KÜÇÜK; D.P., 2010, "Müzik Öğretmeni Adaylarının Sınav Kaygısı, Benlik Saygısı ve Çalgı Başarıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Ahi Evran Üniversitesi Eğitim fakültesi Dergisi, 11(3):37-50.
133. GÜN, E., 2006, "Spor Yapanlarda ve Yapmayan Ergenlerde Benlik saygısı" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri enstitüsü, Adana.
134. AYSEV, A., ULUKOL, B. Ve CEYHUN, G., 2000, "Çalışan ve Okuyan Çocukların "Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği" ile Değerlendirilmesi", Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 53(1):27:30.
135. BÜYÜKÖZTÜRK, Ş., Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı 14. Baskı, Pegem Akademi, Ankara, 2011.
136. DUMAN, E., 2012, "İlköğretim 7-8. Sınıfların Beslenme Durumları Antropometrik Ölçümleri ile Akademik Başarılarının İlişkilendirilmesi" Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.

EKLER

EK. 1

BİLGİ FORMU

Yapılan bu çalışma; obezitenin, Sosyal Anksiyete, Depresyon ve Benlik Saygısı ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Anketin geçerli olabilmesi için lütfen tüm soruları yanıtladığınızdan emin olunuz. Araştırmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Adı:

Soyadı:

Sınıf: _____

Cinsiyet: () Erkek () Kız

Doğum Tarihi: _____

Kardeş Sayısı (Kendiniz Dahil): _____

Okula Gelmeden Önce Evde Kahvaltı Yapıyor musunuz?

() Evet () Hayır

Öğlen Yemeği İhtiyacını Nereden Karşılıyorsunuz?

() Okul Kantininden Yerim.

() Okul Yemekhanesinde Yerim.

() Eve Giderek Evde Yerim.

() Evden Getirdiğim Beslenmeyi Yerim.

() Okul Civarında Bulunan, Lokanta, Büfe, Pastane vb Yerlerde Yerim.

() Öğlen Yemeği Yemem.

Akşam Yemeklerini Tüm Aile Birlikte Yer misiniz?

() Evet () Hayır

2017 – 2018 Eğitim Öğretim Yılı I. Dönem Not Ortalamanızı Yazınız. (_____)

EK.2

Adı Soyadı: _____

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki anlatımlarla ilgili olarak size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

1.Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış

2.Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış

3.Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış

4.Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış

5.Kendimle gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış

6.Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış

7.Genel olarak kendimden memnunum.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış

8.Kendime karşı daha fazla saygı duymayı isterdim.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış

9.Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış

10.Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

- a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış

EK.3

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (CHILDREN'S DEPRESSION INVERTORY – CDI)

Adı Soyadı:

Tarih:

Cinsiyet:

Okul:

Doğum Tarihi:

Sınıf:

Sevgili Öğrenciler,

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki sayıyı yuvarlak içine alınız.

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2- İşlerimin bir çoğunu yanlış yaparım.
3- Her şeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Birçok şeyden hoşlanırım.
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.

- F) 1- Arada sırada başıma kötü şeylerin geleceğini düşünürüm.
2- Sık sık başıma kötü bir şey geleceğini düşünürüm.
3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.
3- Kendimi beğenirim.
- H) 1- Bütüm kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.
2- bir çok günler içimden ağlamak gelir.
3- arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1- Her şey her zaman beni sıkır.
2- Her şey sık sık beni sıkır.
3- Her şey arada sırada beni sıkır.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
3- Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
2- Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel/Yakışıklı sayılırım.
2- Güzel/Yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.

- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1- Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu zaman canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2-Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
3- Hiç arkadaşım yok.
- U) 1- Okul başarımlarım iyi.
2- Okul başarımlarım eskisi kadar iyi değil.
3- eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.

- V) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni genellikle yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.



EK.4

ÇOCUKLAR İÇİN SOSYAL ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (YENİLENMİŞ BİÇİM)

Aşağıda bazı cümleler ve yanlarında da bazı seçenekler verilmiştir. Her cümleyi okuduktan sonra, son bir ayı düşünerek bu cümle için size en uygun gelen seçeneği işaretleyin. Cümlelerin size uygunluğuna göre o cümleye 1-5 arasında bir puan verin. Cümledeki ifade size hiç uymuyorsa 1, çok az uyuyorsa 2, bazen uyuyorsa 3, çoğu zaman uyuyorsa 4, daima uyuyorsa 5'i işaretleyin.

1= Hiçbir zaman 2= Çok az 3= Bazen 4= Çoğu zaman 5= Daima

Rakamların altındaki uygun kutucuğa X işareti koyun.	1	2	3	4	5
1. Başka çocukların önünde yeni bir şey yapmaktan rahatsız olurum					
2. Bana şaka yapılmasından rahatsız olurum.					
3. Tanımadığım çocukların yanında utanırım.					
4. Diğer çocuklar arkamdan konuşuyorlar diye düşünürüm.					
5. Yalnızca iyi tanıdığım çocuklarla konuşurum.					
6. Diğer çocuklar benim hakkımda ne düşünüyorlar diye endişelenirim.					
7. Diğer çocukların benden hoşlanmayacağından korkarım.					
8. İyi tanımadığım çocuklarla konuşurken rahatsız olurum.					
9. Diğer çocuklar benim hakkımda ne diyecekler diye endişelenirim.					
10. Yeni tanıştığım çocuklarla konuşurken rahatsız olurum.					
11. Diğer çocuklar benden hoşlanmıyorlar diye üzülürüm.					
12. Bir grup çocukla birlikteyken sessiz kalırım.					
13. Diğer çocuklar benimle alay ediyorlar diye düşünürüm.					
14. Başka bir çocukla tartışırsam, onun benden hoşlanmayacağından korkarım.					
15. Başkalarını evime çağırmaktan çekinirim, çünkü hayır diyebilirler.					
16. Bazı çocukların yanındayken rahatsız olurum.					
17. İyi tanıdığım çocukların yanındayken bile utanırım.					
18. Başka çocuklarla birlikte oynamayı teklif etmek bana zor gelir.					



info@uskudar.edu.tr

Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14, 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2017 / 281

23/11/2017

**Prof.Dr. Hüsnü ERKMEN
(Samet TAŞKIRAN)**

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 17/11/2017 tarihinde yapılan 11 No.lu toplantısında "**Bir Ortaokulda Obezite Prevalansı, Sosyal Anksiyete, Depresyon ve Benlik Saygısı ile İlişkisi**"adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuri TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

EK.6

T.C.
BAYRAMPAŞA KAYMAKAMLIĞI
Mehmet Akif İnan Ortaokulu Müdürlüğü
Kurum No: 733455

Konu: “Bir Ortaokulda Obezite Prevalansı, Anksiyete, Depresyon ve Benlik Saygısı ile İlişkisi” adlı çalışma.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ETİK KURULUNA;

Samet TAŞKIRAN'ın yüksek lisans tezi olarak belirlenen “Bir Ortaokulda Obezite Prevalansı, Anksiyete, Depresyon ve Benlik Saygısı ile İlişkisi” isimli çalışmanın okulumuz Mehmet Akif İnan Ortaokulu'nda yapılması için başvurusu değerlendirilmiştir.

Söz konusu edilen çalışmanın okulumuzda yürütülmesinde müdürlüğümüz açısından bir sakıncası olmayıp, çalışmanın yürütülmesi uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz/rica ederim.

13/ 11 / 2017

Metin YURTTSEVER
Okul Müdürü



ÖZGEÇMİŞ

SAMET TAŞKIRAN

PSİKOLOJİK DANIŞMAN

Doğum Tarihi: 26.01.1986

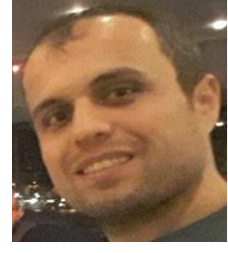
Uyruk: TC

Askerlik Durumu: Yaptı / RDM (Rehberlik Danışma Merkezi) Sağlık Asteğmen (2012)

Medeni Durum : Evli

Çocuk Sayısı : 1

E-Mail: samettaskiran@gmail.com



EĞİTİM BİLGİSİ

- ✓ 2016 – (Devam Ediyor) Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
- ✓ 2005-2010 Maltepe Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık (%100 Burslu)
- ✓ 2000-2003 Sağmalcılar Anadolu Lisesi

STAJ BİLGİSİ

- ✓ **MEF Okulları (Ulus Kampüsü) Ortaokulu – 2007 (İstanbul)**
 - Staj – Rehberlik Servisi Bölümü
 - Rehberlik Servisi çalışmalarını izleme, yapılan test, anket vb. Çalışmaların değerlendirmelerine yardımcı olmak
- ✓ **İMC Kurumsal Eğitim Çözümleri – 2008 (İstanbul)**
 - Staj – Psikolojik Eğitimler Departmanı
 - Psikoloji / Psikolojik Danışmanlık alanında öğrenim görmekte olan, öğrencilerin eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve üniversitelerde ki uzmanlarla görüşmeler yapılarak söz konusu alanlarda eğitimlerin planlanarak duyurularının yapılması, eğitimlerin organizasyonu.
- ✓ **The 1661 Inn & Hotel Manisses – The Oar Restaurant – Haziran/Eylül 2009 (Rhode Island – Block Island)**
 - Çalışma – The Oar Restaurant / Kicthen Depertmant
 - Bulaşıkçılık, Depo Sorumluluğu, İş Makinesi Temizliği, Tekne Temizliği

İŞ DENEYİMİ

- ✓ **Vatan İlköğretim Okulu – 2010 / 2011 (Mardin)**
 - Çalışma – Rehberlik Servisi
 - Öğrencinin kendisini fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal yönleriyle tanımasına, problem çözme gücünü geliştirmesine, ruhsal yönden sağlıklı ve topluma yararlı, kendini gerçekleştirmiş bir kişi olarak yetişmesine yardımcı olmak
- ✓ **70 Mekanize Piyada Tugay Komutanlığı – Rehberlik Danışma Merkezi (RDM) (Mardin)**
 - Çalışma – RDM (Rehberlik ve Danışma Merkezi) – 2011 / 2012
 - Rehberlik ve Danışma Merkezi amiri olarak;
 - ✓ Rehberlik ve Danışma Merkezine başvuran ya da sevk edilen personele bireysel veya grupla psikolojik danışma faaliyetlerinde bulunmak,
 - ✓ Rehberlik ve Danışma Merkezlerinde görülen personelden sorun alanı RDM sorumluluk sınırlarını aşabileceği değerlendirilenlerden; daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış olanları, halen ruhsal bozukluk tedavisi devam edenleri, danışma sürecine rağmen psiko-sosyal problemlerle baş etmede güçlük yaşayanları, fiziksel belirtilerin yoğun olarak eşlik ettiği kişileri, intihar niyeti/ girişimi olanları, tabip muayenesine ihtiyacı olduğu kanaatine varılanları tıbbi değerlendirme için birlik tabibine gönderilmesini önermek,
 - ✓ Hastanenin psikiyatri servisine sevk edilenlerden birliğe geri dönen personelin, kıt'a ortamındaki tedavi, izleme, rehabilitasyon sürecinde birlik tabibi ile işbirliği yaparak katkı sağlamak,
 - ✓ Psiko-sosyal Risk Faktörü Tarama Anketi sonuçlarını değerlendirerek, gerekli gördüklerini bireyi tanıma tekniklerini kullanarak danışma sürecine almak,
- ✓ **Vatan Ortaokulu – Eylül 2011 / Nisan 2012 (Mardin)**
 - Çalışma – Rehberlik Servisi
 - Öğrencinin kendisini fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal yönleriyle tanımasına, problem çözme gücünü geliştirmesine, ruhsal yönden sağlıklı ve topluma yararlı, kendini gerçekleştirmiş bir kişi olarak yetişmesine yardımcı olmak
- ✓ **Cumhuriyet İlkokulu – Nisan 2012 / Haziran 2012 (Mardin)**
 - Çalışma – Rehberlik Servisi
 - Öğrencinin kendisini fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal yönleriyle tanımasına, problem çözme gücünü geliştirmesine, ruhsal yönden sağlıklı ve topluma yararlı, kendini gerçekleştirmiş bir kişi olarak yetişmesine yardımcı olmak
- ✓ **Fevzi Çakmak İlkokulu – 2012 / 2013 (Diyarbakır)**
 - Çalışma – Rehberlik Servisi
 - Öğrencinin kendisini fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal yönleriyle tanımasına, problem çözme gücünü geliştirmesine, ruhsal yönden sağlıklı ve topluma yararlı, kendini gerçekleştirmiş bir kişi olarak yetişmesine yardımcı olmak

- ✓ **Mehmet Akif İnan Ortaokulu – 2013 / Halen (İstanbul)**
 - Çalışma – Rehberlik Servisi
 - Öğrencinin kendisini fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal yönleriyle tanınmasına, problem çözme gücünü geliştirmesine, ruhsal yönden sağlıklı ve topluma yararlı, kendini gerçekleştirmiş bir kişi olarak yetişmesine yardımcı olmak

KURS/SERTİFİKA BİLGİSİ

- ✓ Etkili Sunum Teknikleri – Mayıs 2008 (Yüksek Öğretimde Rehberliği Tanıtma ve Rehber Yetiştirme Vakfı - YÖRET)
- ✓ Görüşme Teknikleri ve Klinik Değerlendirme – Eylül 2008 (Yrd. Doç Dr. Nilgün ÖNGİDER)
- ✓ Psike İstanbul – Psikanlizle Tanışma Seminerleri Haziran – 2018 (İstanbul Psikanaliz Eğitim, Araştırma ve Geliştirme Derneği)

SEMİNER/ AKADEMİK KATILIMLAR ve ATÖLYELER

- ✓ Okulda Şiddet Konulu Uluslar Arası Gençlik ve Rehberlik Sempozyumu – Haziran 2007 (Maltepe Üniversitesi)
- ✓ Kariyer Günleri – Nisan 2008 (Maltepe Üniversitesi)
- ✓ PDR Öğrencileri ve Kariyer – Mayıs 2008 (Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği İstanbul Şubesi)
- ✓ V. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Öğrenci Kongresi – Temmuz 2008 (Çukurova Üniversitesi)
- ✓ Meslek Liseleri ve Meslek Yüksek Okullarının Toplumun Kalkınmasındaki Rolü Konulu 6. Gençlik ve Rehberlik Sempozyumu – Haziran 2008 (Maltepe Üniversitesi)

BİLGİSAYAR BİLGİSİ

Word,Excel,Powerpoint: Çok iyi

YABANCI DİL BİLGİSİ

İngilizce: Okuma: Orta, Yazma: Geliştirilmeli, Anlama: Geliştirilmeli

PROJELER:

- ✓ Maltepe Üniversitesi 2. Sınıfta Maltepe Üniversitesi PDR Topluluğu kurulması ve yönetim kurulunda görev almak (1 yıl Başkan Yardımcılığı, 1 yıl Başkanlık ve 1 yıl yönetim kurulu üyeliği)
- ✓ Maltepe Üniversitesi PDR Topluluğu öncülüğünde ŞEN PDR Etkinliği düzenlenmesi, duyuruları ve organizasyonun gerçekleştirilmesi (İstanbul çapında PDR Bölümü öğrencilerini bir araya getirerek paylaşımlarda bulunmak, eğitici, terapötik oyunlar ile yapılabilecek çalışmalar konusunda bilgi ve deneyim paylaşımı yapmak) 2008
- ✓ Maltepe Üniversitesi PDR Topluluğu öncülüğünde ŞEN PDR Etkinliği düzenlenmesi, duyuruları ve organizasyonun gerçekleştirilmesi (İstanbul çapında PDR Bölümü

öğrencilerini bir araya getirerek paylaşımlarda bulunmak, eğitici, terapötik oyunlar ile yapılabilecek çalışmalar konusunda bilgi ve deneyim paylaşımı yapmak) 2009

- ✓ Okul Rehberlik ve Psikolojik Danışma Birimlerinde kullanılmak üzere Öğrenci Kayıt/Tanıtma Formu hazırlanması ve bu form aracılığı ile elde edilen bilgilerin değerlendirilmesi amacıyla Excel kullanılarak okulda bir veri tabanı oluşturulması. Mehmet Akif İnan Ortaokulu Rehberlik Servisi 2014.
- ✓ Mehmet Akif İnan Ortaokulu, Beyaz Bayrak Projesi 2018.

DERNEK VE KULÜP ÜYELİKLERİ

Türkiye Erozyona Mücadele, Ağaçlandırma ve Doğal Varlıkları Koruma Vakfı (TEMA)

