



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ADÖLESANLARIN OBEZİTE VE HİPERTANSİYON
AÇISINDAN TARANMASI

MÜGE ATICI ŞİMŞEK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Yard. Doç. Dr. NESRİN İLHAN

İSTANBUL - 2016

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Müge ATICI ŞİMŞEK tarafından hazırlanan “*Adölesanların Obezite ve Hipertansiyon Açısından Taranması*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :28.06.2016

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

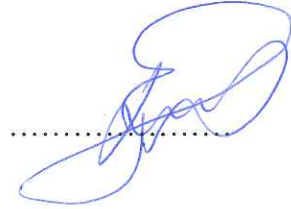
Jüri Üyesi :Yard. Doç. Dr. Nesrin İLHAN
:Haliç Üniversitesi/ Hemşirelik Yüksekokulu
(Danışman)



Jüri Üyesi :Yard. Doç. Dr. Ayşe YILDIZ
:Biruni Üniversitesi. Sağlık Bil. Fak.



Jüri Üyesi : Yard.Doç.Dr. Leman KUTLU
: Haliç Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Yüksekokulu



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr.M.Güneş YAVUZER

Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. İNTİHAL RAPORU

Turnitin Orijinallik Raporu

ADÖLESANLARIN OBEZİTE VE HİPERTANSİYON AÇISINDAN TARANMASI

Müge Atici Şimşek

- 30-May-2016 11:44 EEST' de işleme konu
- NUMARA: 679687363
- Kelime Sayısı: 12567

Benzerlik Endeksi

%19

Kaynağa göre Benzerlik

Internet Sources:

%18

Yayınlar:

%9

Öğrenci Ödevleri:

%6



II. TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren Sayın Tez Danışmanım Yard. Doç. Dr. Nesrin İLHAN'a;

Araştırmamın gerçekleşmesini sağlayan, yürütülmesinde yardımlarını esirgemeyen İstanbul Kağıthane Hacı Ethem Üktem Ortaokulu Müdürü Şennur TOPAL'a;

Araştırmamda emeği geçen ve yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu aşamada da sevgilerini, dualarını ve desteklerini esirgemeyen değerli aileme, eşime;

Araştırmamın önemli aşamasında desteğini esirgemeyen Mert ŞİMŞEK'e teşekkür ederim.

MÜGE ATICI ŞİMŞEK

III. İÇİNDEKİLER

Sayfa

I. İNTİHAL RAPORU.....	I
II. TEŞEKKÜR.....	II
III. İÇİNDEKİLER.....	III
IV. KISALTMALAR.....	IV
V. TABLO LİSTESİ.....	V
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Obezite	6
4.1.1. Obezite Tanımı.....	7
4.1.2 Obezite Prevalansı.....	8
4.1.3. Obezite Etiyolojisi	9
4.1.4. Obezite Komplikasyonları	11
4.1.5. Obeziteden Korunma ve Tedavi.....	12
4.1.6. Çocuklarda Obezitenin Önlenmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	12
4.2. Hipertansiyon	13
4.2.1. Hipertansiyon Tanımı.....	14
4.2.2. Hipertansiyon Prevelansı	15
4.2.3. Hipertansiyon Etiyolojisi.....	16
4.2.4. Hipertansiyon Çeşitleri.....	16
4.2.4.1. Primer Hipertansiyon (Birincil hipertansiyon).....	16
4.2.4.2. Sekonder Hipertansiyon (İkincil Hipertansiyon).....	17
4.2.5. Hipertansiyon Komplikasyonları.....	17
4.2.6. Korunma ve Tedavi.....	18

4.2.6.1.Farmakolojik Tedavi.....	19
4.2.6.2.Nonfarmakolojik Tedavi.....	19
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
5.1. Çalışmanın Amacı ve Şekli.....	21
5.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı.....	21
5.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
5.4. Veri Toplama Araçları.....	22
5.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	24
5.6. Araştırmanın Etik Yönü	25
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
6. BULGULAR.....	26
7. TARTIŞMA.....	61
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
9. KAYNAKLAR.....	69
10. EKLER.....	78
Ek 1: Öğrenci Bilgi Formu.....	78
Ek 2: Veli Bilgi Formu.....	81
Ek 3: Veli Bilgilendirme Formu.....	84
Ek 4: Veli Onam Formu.....	86
Ek 5: Etik Kurul Onayı.....	87
Ek 6: İl Milli Eğitim Müdürlüğü Onayı.....	88
11. ÖZGEÇMİŞ.....	89

IV. KISALTMALAR

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TR: Türkiye

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

HBSC: Health Behaviour in School-Aged Children Survey

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

HT: Hipertansiyon

KB: Kan Basıncı

SKB: Sistolik Kan Basıncı

DKB: Diastolik Kan Basıncı

PreHT: Prehipertansiyon

ADEİ: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri

ARB: Anjiyotensin Reseptör Blokörleri

KKB: Kalsiyum Kanal Blokerleri

EİHT: Erişkin Hipertansiyonu

V. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Çocukların Sosyodemografik Özellikleri (N=350)

Tablo 2: Öğrencilerin Boy, Kilo, BKİ, Bel çevresi, Sistolik ve Diyastolik TA Değerleri (N=350)

Tablo 3: Ebeveynlerin Sağlık Durumları (N=350)

Tablo 4: Çocukların Beslenme Davranışları (N=350)

Tablo 5: Çocukların Fiziksel Aktivite ve Boş Zaman Aktiviteleri (N=350)

Tablo 6: Çocukların Doğum Tartıları ve Sağlık Durumları (N=350)

Tablo 7: Çocukların BKİ Persentil, Sistolik Tansiyon Persentil ve Diyastolik Tansiyon Persentil Dağılımı (N=350)

Tablo 8: Çocukların Sosyodemografik Özelliklere Göre Obezite Durumunun Karşılaştırılması (N=350)

Tablo 9: Çocukların Beslenme Davranışlarına göre Obezite Durumunun Karşılaştırılması (N=350)

Tablo 10: Çocukların Fiziksel Aktivite Davranışlarına Ve Boş Zaman Aktivitelerine Göre Obezite Durumunun Karşılaştırılması (N=350)

Tablo 11: Ailelerin Sosyodemografik ve Sağlık Davranışlarına Göre Obezite Durumunun Karşılaştırılması (N=350)

Tablo 12: Çocukların Doğum Tartısına Ve Hastalık Durumuna Göre Obezite Durumunun Karşılaştırılması (N=350)

Tablo 13: Çocukların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sistolik Arter Basıncı Persentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Tablo 14: Çocukların Beslenme Davranışlarına Göre Sistolik Arter Basıncı Persentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Tablo 15: Çocukların Fiziksel aktivite Davranışlarına ve Boş Zaman Aktivitelerine Göre Sistolik Arter Basıncı Percentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Tablo 16: Ailelerin Sosyodemografik ve Sağlık Davranışlarına Göre Sistolik Arter Basıncı Percentil değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Tablo 17: Çocukların Doğum Tartısına Ve Hastalık Durumuna Göre Sistolik Arter Basıncı Percentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Tablo 18: Çocukların Sosyodemografik Özelliklere Göre Diastolik Arter Basıncı Percentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Tablo 19: Çocukların Beslenme Davranışlarına Göre Diastolik Arter Basıncı Percentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Tablo 20: Çocukların Fiziksel aktivite Davranışlarına ve Boş Zaman Aktivitelerine Göre Diastolik Arter Basıncı Percentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Tablo 21: Ailelerin Sosyodemografik ve Sağlık Davranışlarına Göre Diastolik Arter Basıncı Percentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Tablo 22: Çocukların Doğum Tartısına ve Hastalık Durumuna göre Diastolik Diastolik Arter Basıncı Percentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

1. ÖZET

Bu araştırma adölesanlarda obezite ve hipertansiyon prevalansı ile obezite ve hipertansiyon açısından taranması amacıyla kesitsel bir araştırma olarak gerçekleştirildi. Araştırma Ekim 2015-Mart 2016 tarihleri arasında İstanbul Kağıthane’de İl Milli Eğitim Müdürlüğü’ ne bağlı bir ortaokulda gerçekleştirildi. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan öğrenci ve ebeveyn soru formu ile toplandı. Adölesanların boy, kilo ve kan basıncı ölçümleri yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel analizler, pearson ki-kare ve fisher ki-kare testi kullanıldı. Araştırmaya katılan adölesanların yaş ortalaması $11,450 \pm 1,151$ olup, % 50,9’u erkektir. Adölesanların % 28’inin kilolu, % 21,1’inin obez olduğu belirlendi. 10 yaşındaki adölesanlarda obezite sıklığının diğer yaşlardaki öğrencilere göre daha yüksek olduğu, obez olmayan öğrencilerin günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yeme oranının ve 3-5 porsiyon sebze yeme oranının obez öğrencilere göre daha yüksek olduğu, obez olmayan öğrencilerin okul başarı durumu iyi ve çok iyi olma durumunun obez öğrencilere göre daha yüksek olduğu, obez olmayan öğrencilerin aile ilişkileri iyi ve çok iyi olma durumunun, obez öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Adölesanların % 12,3’ünde sistolik prehipertansiyon, % 11,4’ünde diyastolik prehipertansiyon olduğu saptandı. Diyastolik tansiyon değeri 90-95. percentil arasında olan öğrencilerin günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yeme, her gün düzenli öğle yemeği yeme, her gün 2-4 porsiyon meyve yeme, sebze yemeği yeme oranının, 90. percentil altında olan öğrencilere göre yüksek olduğu belirlendi. Araştırma sonucunda dengeli ve sağlıklı beslenen adölesanlarda, okul başarısı iyi ve çok iyi olanlarda, aile ilişkileri iyi ve çok iyi olanlarda obezite prevelansının daha düşük olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, obezite, hipertansiyon, prevelans.

2. SUMMARY

SCREENING ABOUT ADOLESCENTS IN ASPECT OF OBESITY AND HYPERTENSION

This research was made about the prevalence of obesity and hypertension on adolescents because of determining the effects of obesity and hypertension. The research was performed at a primary school which connected to İstanbul provincial directorate for national education in İstanbul / Kağıthane between October 2015 - March 2016. Data was gathered by questionnaire forms which were prepared by researcher. Computation of height, weight and blood pressure were measured for adolescents. Pearson chi-square test and Fisher's exact test which are descriptive statistical analyses for evaluating data were made. Adolescents' average age is $11,450 \pm 1,151$ and % 50,9 of adolescents are boy. The research showed that % 28 of adolescents are overweight, % 21,1 of adolescents are obese. Data demonstrated that obesity in 10 years old adolescents is more than the other adolescents. Proportion of having 3 times main meal, 2 times elevenses and 3-5 portion vegetable for adolescents who are not obese is higher than proportion of having 3 times main meal, 2 times elevenses and 3-5 portion vegetable for obese adolescents. Circumstance of being more successful in school and having better family relationships for adolescent who are not obese is better than circumstance of being more successful in school and having better family relationships for adolescents who are obese. The research shows that % 12,3 of adolescents have systolic prehypertension, % 11,3 of adolescents have diastolic prehypertension. The research defined that proportion of having 3 times main meal, 2 times elevenses, lunch per day regularly, 2-4 portion fruit and vegetables for students who have diastolic tension value between 90th and 95th percentile higher than who have diastolic tension value lower than 90th percentile. In conclusion research demonstrated that adolescents who have healthy and balanced and who are having better school life and family relations have lower prevalence of obesity.

Key Words : Adolescent, obesity, hypertension, prevalence

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Tarihsel süreç içerisinde obezite tüm toplumlarda sağlık ve zenginlik belirtisi olarak görülmüştür. Obezite prevalansı gittikçe tüm dünyaya yayılmaya başlamıştır (Mokdad et al., 2001). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite ve aşırı kilo, sağlığı bozacak düzeyde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır (<http://www.who.int/topics/obesity/en/>, Erişim Tarihi: 15 Ocak 2016). Obezite önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde gün geçtikçe artmaktadır. DSÖ'nün tarafından gerçekleştirilen MONICA çalışmasında 10 yıllık bir sürede obezite prevalansında % 10-30 arasında bir artış olduğu bildirilmiştir (<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=39>, Erişim tarihi: 15 Şubat 2016)

Avrupa'da 2003 yılında yapılan "The Pro Children" araştırmasının sonuçlarına göre fazla kiloluluk prevalansı, erkeklerde (% 17), kızlardan (% 14) daha fazla saptanmıştır. Health Behaviour in School-Aged Children Survey (HBSC) araştırmasında 13 yaş grubunda kızların % 24'ünün, erkeklerin %34'ünün fazla kilolu; 15 yaş grubunda ise kızların % 31, erkeklerin %28'inin fazla kilolu olduğu saptanmıştır. Obezite oranı ise 13 ve 15 yaş kızlarda % 5, erkeklerde % 9 olarak saptanmıştır (<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=39>, Erişim tarihi: 15 Şubat 2016). Türkiye'de Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010) sonuçlarına göre ülke genelinde 6-18 yaş grubu çocukların % 8,2'si şişman (obez), % 14,3'ü hafif şişman, % 14,9'u zayıf ve % 3,9'u ise çok zayıftır. "Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi Projesi" Araştırma Raporuna (2009) göre ise Türkiye'de fazla kilolu ve şişman oranları; 10 yaş için % 21,4 olarak bulunmuştur (<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=39>, Erişim tarihi: 15 Şubat 2016).

Obezitenin halk sağlığı sorunu haline gelmesi, dünyada obezite ile mücadele çalışmalarının başlamasına neden olmuştur. Obez çocuklar ilerleyen dönemlerde obez erişkinler olarak karşımıza çıkmaktadır. Obezite fazla kalori alımı sonucu ortaya çıkmaktadır. Obezitenin oluşmasında başlıca risk faktörleri; dengesiz beslenme, fiziksel aktivite azlığı, yaş, cinsiyet, eğitim, sosyokültürel etmenler, gelir düzeyi, hormonal

özellikler, metabolik özellik, genetik özellikler, psikolojik durumlar, düşük enerjili beslenme, sigara-alkol kullanma durumu, bazı ilaçların kullanımı (antidepresanlar vb.), doğum sayısı ve doğumlar arası süre olarak sıralanabilir (<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=41>, Erişim Tarihi: 15 Şubat 2016); Berberoğlu, 2008). Yapılan bir çalışmada gece yatmadan önce yemek yemenin obeziteyle ilişkili olduğu saptanmıştır (Önsüz ve ark., 2011).

Obezite kültürel, sosyal, genetik, fizyolojik, davranışsal ve psikolojik faktörler ile ilişkilidir. (Atalay ve Hasçelik, 2000). Teknolojinin gelişmesi, oyun alanlarının azlığı, aşırı yağ, karbonhidrat içeren besinlerin tüketilmesi obeziteye neden olmaktadır (Yüce, 2007). Obezitenin hipertansiyon, tip 2 diabetes mellitus, dislipidemi, metabolik sendrom, kardiyovasküler sistem hastalıkları ve bazı (kolon, meme, safra kesesi, endometrium) kanserlere yakalanma durumu, düzensiz menstruasyon, psikolojik problemler, toplumsal uyumsuzlukları ve kas iskelet sistemi hastalıklarının artırdığı saptanmıştır (<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=42>, Erişim Tarihi: 15 Şubat 2016; Eker ve Şahin, 2002).

Hipertansiyon (HT) yetişkin hastalığı olarak kabul edilmesine rağmen çocukluk ve ergenlik dönemindeki sıklığı artmaktadır. Hipertansiyon yetişkin yaşlarda ortaya çıkan, temeli çocukluk çağına uzanan birçok hastalık için risk faktördür. Çocuklarda hipertansiyon sıklığı erişkinlerden daha azdır olmakla birlikte çocukluk çağında görülen önemli sorunlardan biridir. Çocuklardaki ortalama kan basınçları artmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarına başvuran üç yaşından büyük çocukların kan basıncı ölçümlerinin yapılması önemlidir (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents, 2004).

Çocukluk ve ergenlik döneminde primer hipertansiyon prevalansındaki artış; obezite artışı, fizik aktivite azlığı, yüksek kalorili, aşırı tuzlu beslenmenin artışı ile ilişkilendirilmektedir (Akan ve ark., 2010). Çocuklarda doğuştan böbrek hastalıkları veya kalp damar sistemi ile ilgili sebepler hipertansiyonun başta gelen nedenidir. Diğer taraftan kan basıncı yüksekliği geçici veya kalıcı olabilir. Geçici hipertansiyon en sık anksiyete,

ilaçlar ve akut böbrek hastalıklarından kaynaklanır. Ergenlik öncesi dönemde hipertansiyon sebepleri arasında böbrek parankim hastalıkları en sık nedendir. Bunların yanı sıra vasküler ve renovasküler nedenler, ilaca bağlı sebepler, endokrin hastalıklar hipertansiyon sebepleri arasındadır (Candan ve Çalışkan, 2005).

Obezitenin hipertansiyonla ilişkisi bilindiğine göre obezite için yapılacak müdahaleler hipertansiyon açısından da önemli olacaktır. Yapılan bir çalışmada birinci derece yakınlarında obezite olması ve birinci derecede yakınlarında hipertansiyon olması ile hipertansiyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Önsüz ve ark., 2011). Çocukluk ve ergenlikteki obezite ve hipertansiyon sıklıklarının ve etkileyen faktörlerin bilinmesi bu döneme yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin planlanması açısından önemlidir. Erken tanı ile bu yaş grubunda saptanacak hastalıklar daha etkin bir şekilde izlenebilir, hastalıkların komplikasyonları önlenir (Akan ve ark., 2010). Bu nedenlerle araştırma adölesanlarda obezite, hipertansiyon ile obezite ve hipertansiyonu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel bir araştırma olarak gerçekleştirildi.

4. GENEL BİLGİLER

DSÖ 10-19 yaş grubunu adolesan olarak kabul etmektedir. Ülkemizde adolesanlar toplam ülke nüfusunun % 16,9'unu oluşturmaktadır (www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21507, Erişim tarihi: 20 Mayıs 2016).

Adolesan dönem fiziksel ve psikolojik gelişimin olduğu bir geçiş sürecidir (Sonia ve Santosh, 2015; http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/, Erişim Tarihi: 26 Mayıs2016). Bu dönemde adolesanların davranışları ve yaşam biçimleri hem şu anki hem de ileriki yaşamlarında sağlıklarını etkilemektedir (<http://www.cdc.gov/healthyyouth/adolescenthealth/>, Erişim Tarihi: 2 Ocak 2016). Riskli sağlık davranışları genellikle adolesan dönemde kazanılmakta ve bunun sonucunda mortalite ve morbitide oranlarında artışlar olmaktadır (Jackson et al., 2012; Ortabağ, et al., 2011). Bu dönemde fizyolojik gelişmeye bağlı olarak obezite, enerji protein malnütrisyonu, vitamin mineral yetersizlikleri gibi beslenme bozuklukları yanında, yanlış besin seçimi ve dış görünüşe bağlı kaygılardan dolayı sağlıksız diyet uygulamaları gibi istenmeyen bir çok beslenme davranışı da oldukça sık görülmektedir. Tüm dünyada ve ülkemizde yaygın olarak görülen kalp damar hastalıkları, diyabet, bazı kanser türleri, gut ve artrit, şişmanlık gibi pek çok hastalığın temellerinin çocukluk ve ergenlik döneminde atıldığı bilinmektedir (Baltacı ve ark., 2006).

4.1. Obezite

Obezite küresel boyutta önemli bir halk sorunu haline gelmiştir (Çınar, 2013). Obezite eğilimi özellikle çocuklarda ve adolesanlarda hızlı bir şekilde artmaktadır (<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40.>, Erişim Tarihi: 15 Ocak 2016). Vücutta aşırı yağ depolanması sonucu ortaya çıkan obezite, ileriki yaşları da etkileyen ciddi bir hastalıktır (Demirdağ, 2010). Aşırı kilo ve obezite diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi çok sayıda kronik hastalık için önemli bir risk faktörüdür (<http://www.who.int/topics/obesity/en/>, Erişim Tarihi: 15 Ocak 2016). Obezite tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yüksek prevalansa sahiptir. Sağlığı olumsuz yönde

etkileyen obezite bir toplumun gelişmişliğini ve kalkınmasını da etkilemektedir. Sağlığın temelini ise, yeterli ve dengeli beslenmenin oluşturduğu, bugün herkes tarafından kabul edilen bir gerçektir (Demirdağ, 2010). Obezite basit bir hastalık olmayıp çocukluk çağından ergenliğe doğru giden bir süreci kapsamaktadır. Ergenlikte özellikle kız çocuklarında obezite gelişme riski daha yüksektir. Erkek çocuklarında vücuttaki yağ depolanması azken, kız çocuklarında yağ depolanması daha fazla olmaktadır. (saglik.gov.tr/TR/dosya/1-10453/h/ergenlerdesagliklibeslenmehareketliyasam.pdf, Erişim Tarihi: 15 Ocak 2016).

4.1.1. Obezite Tanımı

DSÖ aşırı kilo ve obeziteyi anormal ve aşırı yağ alımının sonucu oluşan riskli bir sağlık durumu olarak tanımlamaktadır (<http://www.who.int/topics/obesity/en/>, Erişim Tarihi: 15 Ocak 2016). Günlük yaşamda bireylerin yaşına, cinsiyetine, yaptığı işe, genetik ve fizyolojik özelliklerine ve hastalık durumuna göre değişen günlük enerjiye gereksinimleri vardır. Günlük alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması durumunda, harcanamayan fazla enerji vücutta yağ olarak depolanır (<http://beslenme.gov.tr/index.php?page=43>, Erişim Tarihi: 15 Ocak 2016).

Avrupa Çocuk Obezitesi Grubu 1996 yılında, çocukluk çağı obezitesinin belirlenmesinde BKİ'ni kullanmıştır (Shah et al., 2006). $BKİ = \frac{\text{Ağırlık(kg)}}{\text{boy(cm)}^2}$ formülü ile hesaplanmaktadır. DSÖ tarafından 2007 yılında 5-19 yaş grubu çocuklar ve ergenler için büyüme referans değerleri yayımlanmıştır. BKİ' ne göre büyüme referans değerleri kızlar ve erkekler için ayrı tablolarda verilmektedir. Çocuğun yaşına ve BKİ' ne göre persentil değeri tablodan bulunmaktadır. Bu değerlendirmede 5 persentil altı çok zayıf, 5 persentil ile 15 persentil arası zayıf, 15 persentil ile 85 persentil arası normal, 85 persentil ile 95 persentil arası kilolu, 95 persentil ve üzeri obez olarak tanımlanmaktadır (http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/, Erişim tarihi: 4 Ocak 2016).

Adölesanlarda cilt altı yağ dokusu obeziteyi tanımlamada kullanılan bir başka yöntemdir. Adölesan kızlarda yağ dokusu gluteofemoral bölgeye dağılırken, erkeklerde

batına dağılmaktadır. Bu durum pek çok hastalıkla ilişkilidir (Maffeis, 2000). Abdominal obezite ise kardiyovasküler hastalıklar ve tip 2 diyabet için risk oluşturmaktadır. Bel/kalça oranları ülkelere, hayat tarzına, kültürel özelliklere göre farklılık gösterir. Bu nedenle her topluma özgü eğrilerin kullanılması gerekmektedir. Ülkemiz için Erciyes Üniversitesi'nde Hatipoğlu ve arkadaşları tarafından okul çağı çocukların bel/kalça oranı eğrileri geliştirilmiştir (Hatipoğlu ve ark., 2007).

4.1.2. Obezite Prevalansı

Obezite yüksek gelirli ülkelerin sorunu olarak görülürken, günümüzde obezite düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelere de dramatic bir şekilde artmaktadır (<http://www.who.int/topics/obesity/en/>, Erişim Tarihi: 15 Ocak 2016).

Amerika' da 2011-2012 yılları arasında çocuk ve adolesanlarda obezite oranı yaklaşık olarak % 17 (12,7 milyon) bulunmuştur (<http://www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html>, Erişim Tarihi: 2 Ocak 2016). Kanada' da 12-17 yaş grubunda 2009-2011 yılları arasında aşırı kiloluluk oranı % 19,9 ve obezite oranı % 10,2 olarak saptanmıştır (<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012003/article/11706/tbl/tb11-eng.htm>, Erişim Tarihi: 26 Mayıs 2016). Nepal'de yapılan bir çalışmada aşırı kiloluluk oranı % 12,2 olarak bulunmuştur (Piryani et al., 2016). Avrupa ülkelerinde yapılan bir araştırmada ise aşırı kiloluluk prevalansı erkeklerde % 18,6, kızlarda % 21,1 olarak bulunmuştur (Ahrens et al., 2014).

Türkiyede obezitenin görülme oranı da gün geçtikçe artmaktadır. Bakanlığın yapmış olduğu "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010" ön çalışma raporuna göre Türkiye'de çocuklarda ve adolesanlarda obezite sıklığı 6-18 yaşta % 8,2 (erkek % 9,1, kız % 7,3) olarak bulunmuştur. DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı yöresinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA çalışmasında 10 yılda obezite prevalansında % 10-30 arasında bir artış saptanmıştır (<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=39>, Erişim Tarihi: 15 Ocak 2016).

Health Behaviour in School-Aged Children Survey (HBSC) araştırması 41 ülkede 11, 13 ve 15 yaş grubu ile çalışılmıştır. Çalışmada 2001-2002 yıllarında 13 yaş grubunda kızların % 24'ünün, erkeklerin % 34'ünün fazla kilolu; 15 yaş grubunda ise kızların %31'inin, erkeklerin % 28'inin fazla kilolu olduğu görülmüştür. Türkiye'de Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010) sonuçlarına göre ülke genelinde 6-18 yaş grubu çocukların % 8,2'si şişman (obez), % 14,3'ü hafif şişman, % 14,9'u zayıf ve % 3,9'u ise çok zayıftır.

Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara baktığımızda Adam ve ark. (2014)'nin yaptığı çalışmada 16-19 yaş grubunda kilo fazlalığı prevalansı % 11,9, obezite prevalansı % 6; erkeklerde kilo fazlalığı prevalansı % 25, obezite prevalansı % 12,5 olarak bulunmuştur. Kayıran ve arkadaşlarının araştırmasında (2011) fazla kiloluk ve obezite prevalansı sırasıyla % 10,2 çocuğun boyunun yaşına göre 3. persentilin altında olduğu bulundu. Tüm bölgelerdeki çocukların %10,8'inin fazla kilolu, % 5,3'ünün obez olduğu bulundu. Cam ve Top'un araştırmasında (2015) fazla kiloluluk ve obezite prevalansı sırasıyla % 15,4 ve % 16,7 olarak bulundu. Çınar'ın (2013) çalışmasında 7-14 yaş grubunda obezite oranı % 20,7 bulunmuştur. Yüce' nin araştırmasında (2007) 7-13 yaş grubu çocukların 8 'inde obezite, fazla kiloluluk oranı da % 16,94 bulunmuştur.

4.1.3. Obezite Etiyolojisi

Obezitenin etiyojisinde genetik yapı ve çeşitli çevresel faktörler rol oynamaktadır (Çınar, 2013). Obezitenin etyolojisini, tüketilenden daha fazla alınan enerji belirlemektedir (Çınar, 2013; Yılmaz, 2014). Obezite yaş, cinsiyet ve biyolojik durum, beslenme, yaşam biçimi gibi çevresel faktörlerin yanında fiziksel aktivite azlığı da obezite için risk oluşturmaktadır. (<http://beslenme.gov.tr/index.php?page=43>, Erişim Tarihi: 15 Ocak 2016). Ailedeki obezite oranının çocuğun ileriki yaşlarda obeziteye eğilimini arttırmaktadır. Enerji değeri fazla besinler, fast food beslenme, hareketsiz yaşam, televizyon ve bilgisayar fazla zaman geçirilmesi obeziteye davetiye çıkarmaktadır. Annede diyabet varlığı yine çocuklar açısından risk oluşturmaktadır (Önal ve Adal, 2014).

Obezitenin oluşmasında biyolojik, davranışsal ve çevresel faktörlerinde etkisi önemli rol oynamaktadır. Giderek fiziksel aktivitenin olmadığı bir yaşam, sigara ve alkol kullanımı, ayaküstü ve hızlı yenen yemek sonucu alınan fazla kalori, öğün atlama gibi faktörler obezitenin nedenleri arasında sayılabilir. Obezite özellikle çocuk ve adolesanlarda ciddi boyutlara ulaşabilmektedir. Obezitenin görülme sıklığı yine ev kadınlarında, eğitim seviyesi en düşük kişilerde ve kırsal bölgelerde daha çok görülmektedir (Sucaklı ve Çelik, 2015).

Obezite her yaşta görülebilmektedir. Özellikle çocukluk çağında başlayan obezite ergenlik döneminde kalıcı hale gelmektedir. Yapılan bir çalışmada obez çocukların 1/3'ü, obez adolesanların ise %80'i yetişkin yaşa ulaştıklarında da obez kaldığı saptanmıştır (Öncü, 2009). Başka bir çalışmada okul öncesi yaşlarda şişman olan çocukların %26-41'inin, okul çağındaki şişman olan çocukların ise %42-63'ünün yetişkin yaşta şişman kalmaya devam ettiği bulunmuştur (Köksal ve Özel, 2008).

Obezite her iki cinsten de görülebilmektedir. Yapılan çalışmalarda, kadınlarda obezite sıklığının özellikle ilerleyen yaşlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu gösterilmektedir (Akbulut ve ark 2007). TÜİK sonuçlarına göre kadınlardaki obezite oranının erkeklerden daha fazla olduğu gösterilmiştir. Kadınların % 20,9'unun obez ve % 30,4'ünün fazla kilolu olduğu, erkeklerde ise bu oranların sırasıyla, % 13,7 ve % 39,0 olduğu saptanmıştır (www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21507, Erişim tarihi: 20 Mayıs 2016).

Sosyoekonomik durum obezite etiolojisinde önemli rol oynamaktadır (Çınar, 2013). Beslenme alışkanlıkları, ülkelerin gelişmişlik ve az gelişmişlik düzeyleri, ebeveynlerin eğitim ve mesleki durumları obezite prevalansında anlamlı değişikliklere neden olmaktadır. Bu sonuçların bazıları yüksek sosyoekonomik düzeyde ve bazıları da düşük sosyoekonomik düzeyde obezitenin prevalansının arttığı fikrindedir (Kromeyer et. al., 1997). Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ailelerin çocukları aşırı beslenme nedeniyle şişmanlarken, sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerin çocukları dengesiz beslenmeye bağlı olarak şişmanlamaktadır (Çınar, 2013). Ancak gelişmekte olan ülkelerde yapılan obezite

prevalans çalışmalarında 50 ülkeden 32'sinde obezite prevalansının % 2,3'ün altında olduğu ve bu ülkeler için obezitenin bir sorun olmadığı gösterilmiştir. Zor yaşam koşullarında ve sağlıksız ortamlarda büyüyen çocukların obezite riskleri daha yüksektir (Patterson et. al.,1997). Birçok endüstri ülkesinde obezite ve aşırı kilolu olma oranı artmaktadır. Bu durum Güney ve Orta Amerika'nın ve Güneydoğu Asya'nın gelişmekte olan ülkelerinde, obezitenin fazla olması, milli gelirin normal bir sonucudur (Yılmaz, 2014). Psikolojik, sosyal ve tıbbi sorunlar ergenlerde obeziteye davetiye çıkarmaktadır (Kopelman, 2000).

Obezite ve psikolojik etmenler arasında ilişki bulunmaktadır. Ebevenler ve çocuk arasındaki olumsuz ilişkiler, okuldaki başarısızlık, arkadaş edinememe çocuğun psikolojik yapısını etkileyip aşırı yemeye neden olabilmektedir (Kaya, 2013). Bazı çocuklarda psikolojik sorunlara tepki olarak iştahsızlık görülebileceği gibi, bazılarında bu tepki fazla yemek yeme şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Aile ortamındaki ilişkiler, evdeki problemler, arkadaş grupları tarafından kabul edilmeme, derslerdeki başarısızlıklar bireyin ruhsal yapısını etkileyerek beslenme bozukluklarına neden olmaktadır (Barbaros ve Balcı, 2015).

4.1.4. Obezite Komplikasyonları

Obez adölesanlar yaşamlarının uzun dönemlerinde birtakım hastalıklar yönünden risk altında bulunmaktadır. Uzun vadeli olarak diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar sayılabilir (Limnili ve Özçakar, 2010). Obezite aynı zamanda kalp dolaşım sistemi, iskelet sistemi, immün sistem, sindirim sistemi, psikolojik problemler, endokrin sorunlar, vitamin mineral eksiklikleri, renal problemler, nörolojik problemlere de zemin hazırlamaktadır (Kurtoğlu, 2012).

Kardiyovasküler risk faktörleri olarak, yüksek kan basıncı, lipid seviyesinin bozulması görülmektedir. Adölesanların % 60' ı 5 ile 10 yaş arasında bunlardan en az birine % 20 sinden fazlası ise en az ikisine sahip olmaktadır.. Karaciğer enzimlerinin artması obez adölesanların % 5-10 nun da görülmektedir. Adölesan kızlarda da en sık görülen risk faktörü ise polikistik over sendromudur (<http://ailehekimligi.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 10 Ocak 2016).

4.1.5. Obeziteden Korunma ve Tedavi

Çocukluk obezitesinin giderek halk sağlığını tehdit eden bir sorun olarak karşımıza çıkması, obeziteden korumaya yönelik uygulamaları gündeme getirmektedir. Bu konuda özellikle birinci basamakta görev alan sağlık çalışanlarına önemli rol ve sorumluluk düşmektedir (Çınar, 2013). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nde çalışan hemşirenin obeziteden korunma ve tedavisi ile ilgili tüm girişimlerde önemli sorumluluğu bulunmaktadır (Yiğit, 2011). Okullar çocuklara ve adölesanlara koruyucu sağlık hizmetlerinin topluca sunulabilecek en uygun ortamlardır. Ülkemizde okul sağlığı hizmetleri Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ve Sağlık Bakanlıkları arasında 2006 yılında imzalanan Okul Sağlığı İşbirliği Protokolü ile yürütülmektedir. Aile hekimliği uygulamasında okul sağlığı hizmetleri aile hekimi ile Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) arasında paylaşılmaktadır Okul sağlığı uygulamalarında okul sağlığı hemşiresi çok önemlidir. Ancak ülkemizde özel okullarda ve özel eğitim veren yatılı okullar dışındaki diğer okullarda okul hemşiresi bulunmamaktadır. Bu nedenle koruyucu ve geliştirici uygulamalar sıklıkla ihmal edilmektedir (Özcan ve ark. 2013; Ortabağ et al. 2011).

Obeziteye yatkın çocuklarda düzensiz fiziksel aktivite, besleyici olmayan bir çevre metabolik yapıyı zorlayarak ve kilo alımını neden olur. Çocukluk çağı obezitesi korunma ve tedavi ilkeleri sağlıklı beslenme ve egzersiz alışkanlıklarını sağlıklı davranış biçimleri haline getirilmelidir. Obeziteden korunmanın daima kilo verdirmek yerine normal şekilde büyüme özelliklerinin sürdürülmesi olmalıdır (Uzun, 2014).

4.1.6. Çocuklarda Obezitenin Önlenmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı

Obeziteden korunmada hemşirelik yaklaşımı önemli bir rol oynamaktadır. Çocukluk çağı obezitesinin yetişkin dönemdeki obeziteye zemin hazırladığı için obeziteye yönelik çalışmaların bu dönemde yapılması önemlidir (Barboros ve Balcı, 2015). Öncelikle bütüncül bir hemşirelik yaklaşımı ile değerlendirilmesi gereklidir. Bunun yanında beden kitle indeksinin ölçümü ile birlikte, sağlığı geliştirmeye yönelik girişimlerde bulunulmalıdır. Bütüncül bir hemşirelik yaklaşımında adölesanın anamnezinin yanında,

davranış öyküsünün ve duygusal durumunun değerlendirilmesi gereklidir. Obezite duygusal ve davranış üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Adölesanların rutin olarak boy ve kilo ölçümleri yapılarak, beden kitle indekslerinin hesaplanması önemlidir (Yıldız ve ark., 2015).

Halk sağlığı hemşireleri sağlıklı yaşam biçimi davranışları, özelliklede sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konusunda adölesanları bilinçlendirmelidir. Fiziksel aktivitelerde yapılacak ufak değişiklikler obeziteyi önleme konusunda etkili olacaktır (Barboros ve Balcı, 2015). Bir diğer önemli faktör ise ebeveynlerin bu konudaki bilinç düzeyi ile ilgilidir. Hemşire ebeveynlerin çocukların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktiviteleri, beslenme şekilleri, duygusal ve ruhsal durumları, hızlı yemek yeme, uzun süre tv izleme, bilgisayar başında uzun saatler boyunca vakit geçirme, uyku süreleri konusunda eğitimler vermelidir. Bu davranışların hedeflenen sağlıklı davranışlarına dönüştürülmesini ve kaliteli bir yaşam tarzı oluşturulmasını sağlamalıdır (Barboros ve Balcı, 2015).

4.2. Hipertansiyon

Hipertansiyon erişkin yaşlarda ortaya çıkan, temeli çocukluk çağına uzanan birçok hastalık için risk etmenidir. Hipertansiyon (HT) çoğunlukla ileriki yaşlarda görülen bir hastalık olmakla birlikte, çocukluk çağına da ortaya çıkabilen bir hastalıktır. Hipertansiyonun çocukluk ve adölesan dönemin sıklığı artmaktadır. Çocuklarda hipertansiyon sıklığı erişkinlerden daha az olmakla birlikte çocukluk çağına görülen önemli sorunlardan biridir. Çocuklardaki ortalama kan basınçları artmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarına başvuran üç yaşından büyük çocukların kan basıncı ölçümlerinin yapılması önerilmektedir (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents, 2004).

4.2.1. Hipertansiyon Tanımı

Çocukluk çağında kan basıncı (KB) ölçümü boy ve kiloda olduğu gibi percentil eğrileri ile değerlendirilir. Amerikan Pediatri Akademisi'nin yayınladığı 'The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents'a göre percentil çizelgesine göre sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçümleri yaşa ve cinsiyete göre değerlendirilmektedir. Buna göre sistolik ve diyastolik kan basıncı 90. percentil altında olanlar normal, 90-95. percentil arasında olanlar prehipertansiyon, 95. percentil ve üzerinde ancak 99. Percentilden küçük olanlar 1. düzey hipertansiyon, 99. percentil ve üzerinde olanlar 2. düzey hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır. (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents, 2004).

Normal kan basıncı: SKB ve DKB'nin yaşa, cinsiyete ve boya göre 90. percentil altında olmasıdır.

Prehipertansiyon: Prehipertansiyon SKB ve/veya DKB'nin yaşa, cinsiyete ve boya göre 90-95. percentil arasında olmasıdır.

Hipertansiyon: En az 3 ayrı ölçümde arterial KB'nin cinsiyete, yaşa ve boya göre 95. percentil üzerinde olmasıdır.

Kan Basıncı Ölçümü

Çocuklarda HT 'nin tanımlanması için KB'nin doğru bir teknik ile ölçümü önemlidir. Kan basıncı ölçümü esnasında çocuk için uygun bir ortam hazırlanmalı ve yapılacak işlem anlatılmalıdır. Çocuk oturur, sakin ve rahat bir pozisyona (infantlarda sırtüstü pozisyona) getirilmelidir. Sağ koldan ve kalp seviyesinde ölçüm yapılmalıdır. Çocuğa uygun manşon seçiminden sonra manşon kol etrafına sarılmalıdır. KB ölçümünde seçilen manşonun genişliği ve uzunluğu da önemlidir. Eğer manşon kol için küçük olursa, kan basıncı ölçümü yanlış olarak yüksek bulunabilir çünkü manşon torbasındaki basınç artere uygulanan basıncı yansıtmaz. Aynı şekilde çok büyük manşon da kan basıncının

yanlış olarak ölçülmesine neden olur (Akan, 2010). Manşonun genişliği üst kolun uzunluğunun 2/3 'ü kadar olmalıdır. Ancak sadece kol uzunluğuna göre bu ayarlamayı yapmak çok bilimsel değildir. Amerikan Kalp Derneği Komitesi manşon genişliğinin KB'nin ölçüldüğü ekstremitenin çevresinin % 40-50'si kadar olması gerektiğini bildirmiştir. Manşonun uzunluğu da kolu tamamen saracak boyutlarda olmalıdır. Steteskop diyaframı hafif olarak brakial arter üzerine konulmalıdır. Manşon brakial nabzın kaybolduğu basıncın 20 mm Hg üstüne kadar şişirililerek ölçüm alınır (National High Blood Pressure Education Program Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescent., 2004).

4.2.2. Hipertansiyon Prevelansı

Çocukluk çağında hipertansiyon prevalansı yetişkin bir bireye oranla daha düşüktür. Çocukluk ve ergenlik döneminde primer hipertansiyon prevalansındaki artış; obezite artışı, yetersiz fiziksel aktivite, yüksek kalorili, aşırı tuzlu beslenmenin artışı ile ilişkilendirilmektedir (Akan ve ark., 2010). Dinç ve arkadaşları, Manisa'da, 15-18 yaş arasındaki 11,551 öğrenciyi içine alan çalışmalarında hipertansiyon sıklığını %3,5, prehipertansiyon sıklığını ise % 14,0 saptamışlardır (Dinç ve ark., 2009). Akan ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) ergenlerin % 11,2'si prehipertansif, % 2,6'sı hipertansif olarak belirlenmiştir. Cam ve Top'un araştırmasında (2015) hipertansiyon ve prehipertansiyon sıklığı sırasıyla % 2,3 ve % 2,0 bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada öğrencilerin % 7.5'inde malign hipertansiyon, % 12.2'sinde hipertansiyon, % 21.9'unda prehipertansiyon olduğu saptanmıştır (Önsüz ve ark., 2011).

Şanlı ve Alpcan'ının çalışmasında (2015) adölesanların % 4,4'ünün sistolik hipertansiyon, % 3,'inin diyastolik hipertansiyon, % 1,6'sının hem sistolik hem de diyastolik hipertansiyon olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada adölesanların % 1,3 hipertansif, % 1,6 prehipertansif ve % 97,1' inin normotansif olduğu bulunmuştur. Adölesanların % 0,7'sinin sistolik, %0,4'ünün diastolik, % 0,2'sinin hem sistolik hem de diastolik hipertansiyon olduğu bulunmuştur (Doğrusoy, 2008). Aydın ilinde yapılan bir çalışmada hipertansiyon prevalansı % 17.8 olarak bulunmuştur. McNiece ve arkadaşlarının

yaptığı çalışmada prehipertansiyon prevalansını % 9.4 ve hipertansiyon prevalansını % 3.2 olarak bulmuşlardır (McNiece et. al. 2005). İsviçre’de yapılan bir çalışmada ise 6. sınıf öğrencisindeki hipertansiyon prevalansı % 2.2 olarak saptanmıştır (Chiolero et. al. 2007).

4.2.3. Hipertansiyon Etiyolojisi

Hipertansiyonun nedenleri yaşla değişir. Çocuklarda hipertansiyonun başlıca nedenleri arasında böbrek parenkimi ile ilgili nedenler yatmaktadır. Ergenlik öncesi dönemde hipertansiyon sebepleri arasında böbrek parenkim hastalıkları en sık nedendir. Bu hastaların bir bölümünde ciddi hipertansiyon gelişmesine rağmen klinik bulgularda değişiklik gösterebilmektedir (National High Blood Pressure Education Program Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescents. Pediatrics 1996;98:649-58., Erişim Tarihi: 5 Ocak 2016). Süt çocukları ve daha küçük çocuklarda doğuştan böbrek hastalıkları veya kalp damar sistemi ile ilgili sebepler hipertansiyonun başlıca sebeplerindedir. Kan basıncı yüksekliği geçici veya kalıcı olabilir. Geçici HT en sık anksiyete, ilaçlar ve akut böbrek hastalıklarından kaynaklanır. Bunların yanı sıra vasküler ve renovasküler nedenler, ilaca bağlı nedenler, endokrin nedenler gibi nedenler hipertansiyon nedenleri arasında sayılabilir (Candan ve Çalışkan, 2005).

4.2.4. Hipertansiyon Çeşitleri

4.2.4.1. Primer Hipertansiyon (Birincil hipertansiyon)

Ergenlerde kan basıncı yüksekliğinin en önemli nedenidir. Hipertansiyon oluşmadan önce geceleri normalde görülen kan basıncı düşmeleri kaybolur. Birincil hipertansiyon genellikle hipertansiyon hikayesi olan ailelerin çocuklarında görülmektedir. Buna bağlı olarak yüksek kan basıncı persentillerine eğilim göstermektedir. Esansiyel HT daha çok erişkinlerin hastalığı olarak kabul edilir, ancak erişkin EHT’nin köklerinin çocukluk dönemine uzandığını gösteren çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır. Bu durum yüksek KB olan çocukların uzun süreli izlemine dayalı HT’si olan erişkinler olduğunu gösteren çalışmaların verilerine dayanmaktadır (Buyan, 2008). Çocukluk döneminde yüksek KB ve

obezite ve ailede HT ya da kardiyovasküler hastalık gibi risk faktörlerin birlikteliği gelecekteki HT riski için belirleyici olmaktadır. Bu çocuklar genelde erişkin dönemde de normalin üstünde kan basıncı değerlerine sahip olmaktadır (Çivilibal, 2011).

4.2.4.2. Sekonder Hipertansiyon (İkincil Hipertansiyon)

Sekonder HT başka bir hastalığın sonucu olarak gelişmektedir. Bu nedenle bir çocukta HT tespit edilmiş ise bu durum sekonder HT olarak kabul edilip araştırılmalıdır (Falkner and Sadowski, 1995). Çocuklarda KB normal değerlerinin oluşturulmadığı yıllarda, KB ölçümü nadiren yapılır ve HT saptandığında değerler günümüz standartlarına göre çoğu zaman ağır HT sınırlarında olurdu. Çok yüksek KB değerlerinin genellikle sekonder HT de görülmesi nedeniyle de çocuklarda HT'nin her zaman sekonder olduğu kabul edilmektedir. Zaman içinde daha sık ve düzenli KB ölçümlerinin yapılması, çocukların normal KB değerlerinin daha iyi bilinmesi, bu kavramın giderek değişmesine yol açmıştır (Nayır, 2004). Sekonder HT etiolojisinde rol alan hastalıklar hastanın yaşına göre değişir. Sekonder HT'nin prevalansı yaşa ve HT'nin ağırlığına göre değişir. On yaşından küçük hipertansif çocuklarda yapılan bir çalışmada HT'nin % 90'ında sekonder, %10'unda esansiyel HT saptanmıştır (Falkner and Sadowski, 1995).

4.2.5. Hipertansiyon Komplikasyonları

Tedavi edilmeyen yüksek kan basıncı, kardiyovasküler sistem olmak üzere birçok organ ve sistemi etkileyerek morbidite ve mortalite sebebi olmaktadır (Arıcı ve Çağlar, 2002). Hipertansiyonun başlıca sebebi dolaşım bozukluğu ve bunun devamında gelen patolojik süreçtir. Dolaşım sistemini etkileyerek hedef organ tutulumlarına sebep olmaktadır (Doğrusoy, 2008).

Sistemik arterler ve koroner arterler üzerine etkisi büyük olmaktadır. Çoğunlukla büyük arterler ve özellikle aorta üzerinde etkisini göstermektedir. Hipertansiyonun komplikasyonlarına baktığımızda kan basıncının yüksek olmasının yanında, hipertansiyonun sonucu olan, ateroskleroza da neden olabilmesidir (Elmacı, 2007). HT'de

aortada ayrıca damarlarda kireçlanmeyi arttırmaktadır. Aterosklerotik aort anevrizmaları daha çok abdominal bölgede oluşum göstermektedir. Aterosklerotik zeminde tıkalı trombüslere ve zamanla embolilere neden olmaktadır ve sonuç olarak organlarda yapısal bozukluklar meydana getirmektedir (Doğrusoy, 2008).

Kalpte yeterli kasılmayı engelleyerek miyokard üzerinede ciddi etki yaratmaktadır. Yine buna bağlı olarakta ciddi derecede kalp yetmezliğine sebep olmaktadır. Hipertansiyon aynı zamanda böbrek hastalıklarına davetiye çıkarmaktadır. Hipertansif hastalarda böbrek tutulumu genellikle asemptomatik olarak gördüğümüz ilk belirti noktüridir (Elmacı, 2007). Yine böbrekteki kan akımının azalmasına bağlı, glomerular filtrasyon hızının azalmasına kanda üre ve kreatinin artışı, zamanla böbrek yetersizliği ortaya çıkarmaktadır (Doğrusoy, 2008).

Hipertansiyon, tüm serebrovasküler olaylar için en önemli risk faktörüdür. Serebrovasküler olayların % 85'inde, beyine kan akımının azalması ya da durması sonucu ortaya çıkan serebral infarktüs söz konusudur (Arıcı ve Çağlar, 2002). Serebral bir yerleşim seçmişse, baş ağrısı ve baş dönmesi ve ağır bilinç kaybı ve komaya kadar gidebilen serebral işlevsel ve yapısal bozukluklara sebep olmaktadır. En önemli komplikasyonu serebral ödem oluşturmasıdır (Doğrusoy, 2008).

Hipertansiyonun en sık bilinen göz komplikasyonu retinopatidir (Elmacı, 2007). Beyinin bir uzantısı olan, gözün retina tabakasında meydana gelen hipertansif arteriyol hasarlarını, göz dibi muayenesi ile görülebilmektedir (Doğrusoy, 2008).

4.2.6. Korunma ve Tedavi

Etkin hipertansiyon tedavisi ile kardiyovasküler, serebrovasküler ve renal komplikasyonlar önlenmektedir (Arıcı ve Çağlar, 2002). Hipertansiyonlu bir adölesanı koruma ve tedavi yöntemleri şu şekilde sıralanabilir.

4.2.6.1. Farmakolojik Tedavi

Hipertansiyona doğru yaklaşım, ölçümlerin doğru yapılarak yorumlanmasına bağlıdır. Hipertansiyondan başka tıbbi sorun yok ise, kan basıncının <95 persentile indirilmesi, hipertansiyondan başka tıbbi sorun var ise, kan basıncının < 90 persentil düzeyine indirilmesi hedeflenmektedir. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçların çocuğun kan basıncının yanı sıra yaşı ve kilosu da göz önünde bulundurulmalıdır. Beta blokerler ve bazı diüretikler baştan beri kullanılmış ve yeterli deneyim olduğundan günümüzde çocukta ilk ilaç olarak seçilebilmektedir. İlaç başladıktan sonraki kan basıncı ile kesildikten sonraki kan basıncı değerleri kontrol edilmelidir. Diğer organlara olan zararı, yan etkileri gözlenmelidir (Kabasakal, 2007). Çocuklarda antihipertansif tedavi için kabul gören ilaç sınıfları; anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ADEİ), anjiotensin reseptör blokörleri (ARB), kalsiyum kanal blokerleri (KKB), beta-blokörler ve diüretiklerdir (Candan ve Çalışkan, 2005). Hipertansiyona eşlik eden sorunları olan çocukların ilaç seçiminde erişkin hastalara önerildiği gibi, çocuğa avantaj sağlayacak olan ilaç gruplarının seçilmesi önerilmektedir (Kabasakal, 2007).

4.2.6.2. Nonfarmakolojik Tedavi

Hastanın hipertansiyon tedavisine uyumu ve yeni yaşamına ayak uydurması konusunda bilgilendirilmelidir. Bu konuda aileye de bilgi verilerek uyum sürecinde hasta desteklenmelidir. Obezite ile ilişkili olan hipertansiyon beden kitle indeksindeki uyum ile düzenli hale gelmektedir. Buna bağlı olarak beslenme programları ve düzenli egzersiz ile hipertansiyon kontrol altına alınmaktadır (Candan ve Çalışkan, 2005).

Adölesanlarda şişmanlık ve HT arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. Şişman çocuklarda yapılan çalışmalar, kilo verilmesi ile sistolik ve diyastolik KB'da anlamlı derecede azaldığı görülmüştür (Yüce, 2007). Yağdan fakir, sebze ve meyveden zengin besinler genel olarak tuz alımını azaltır ve tartı kaybında önemli yararları bulunmaktadır (Candan ve Çalışkan, 2005). Özellikle tuz içeriği yüksek batı tarzı diyet ve “fast food” tipi hazır yiyeceklerin fazla tüketilmesi önlenmelidir (Doğrusoy, 2008; Yüce, 2007). Tuz

kısıtlaması hipertansiyonu önlemede oldukça yarar sağlamaktadır. Hipertansiyonun önlenmesinde ilk adım olarak sayılabilir.

Adölesanlarda sedanter yaşamın giderek artması HT'nin oluşumunda ciddi risk oluşturmakta hem de tedavi sürecini güçleştirmektedir. Bilgisayar oyunları, uzun süre TV başında zaman geçirme ve oturma nedeniyle hipertansiyona zemin hazırlamaktadır (Doğrusoy, 2008; Candan ve Çalışkan, 2005). Egzersizler kan basıncında ani yükselmelere yol açtığından HT kontrol edilmeden önerilmemektedir (Yüce, 2007).

Sigara ve ilaç bağımlılığı hipertansiyonun önlenmesi açısından önem taşımaktadır (Candan ve Çalışkan, 2005). Hipertansiyonla mücadelede ilk basamak hipertansiyon gelişiminin önlenmesi olmalıdır. Bu nedenle tuz tüketiminin azaltılması düzenli egzersiz yapılması, fazla kilo alımından korunma, sigara kullanmama, alkol tüketiminin sınırlandırılması gibi korunma yöntemlerinin tüm topluma yaygınlaştırılması gerekir.

Hipertansiyon geliştikten sonra da bu yöntemlerin daha sıkı uygulanması ve gerekli durumlarda erken ve etkin antihipertansif tedaviye başlanması, hedef organ hasarını önlemek açısından önemlidir (Arıcı ve Çağlar, 2002).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma adölesanlarda obezite ve hipertansiyon prevalansı ile obezite ve hipertansiyonu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel bir araştırma olarak gerçekleştirildi. Bu araştırmada aşağıdaki soruların cevapları araştırıldı:

- Adölesanlarda obezite görülme oranı nedir?
- Adölesanlarda hipertansiyon görülme oranı nedir?
- Adölesanların sosyodemografik özellikleri ile BKİ, obezite ve hipertansiyon görülme durumu arasında fark var mıdır?
- Adölesanların beslenme davranışları ile obezite ve hipertansiyon görülme durumu arasında fark var mıdır?
- Adölesanların fiziksel aktivite yapma durumları ile obezite ve hipertansiyon görülme durumu arasında fark var mıdır?
- Adölesanların günlük TV izleme, bilgisayar kullanım süresi ile obezite görülme durumu arasında fark var mıdır?
- Ailede hafif şişman ve obezite öyküsünün olması ile obezite görülme durumu arasında fark var mıdır?
- Ailede hipertansiyon öyküsünün olması ile hipertansiyon görülme durumu arasında fark var mıdır?
- Adölesanların obezite durumlarına göre kan basınçları karşılaştırıldığında fark var mıdır?

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ekim 2015-Mart 2016 tarihleri arasında İstanbul Kağıthane'de Milli Eğitim Müdürlüğü' ne bağlı bir ortaokulda yapıldı.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini; İstanbul'da Kağıthane ilçesinde Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı bir ortaokulda 2015-2016 Eğitim Öğretim yılında kayıtlı 5., 6., 7., ve 8. sınıf

öğrencileri oluşturmaktadır (N=1000). Araştırmada örneklemin belirlenmesi için evrendeki eleman sayısı biliniyorsa örneklem hesabı formülü kullanılarak % 99 güven aralığında yapılan hesaplama sonucunda örneklemin minimum 318 öğrenci olması gerektiği belirlendi (Sümbüloğlu, 2002). Araştırma 350 adolesan öğrenci ile gerçekleştirildi.

$$N t^2 p q$$

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$$

Formülde

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma olarak simgelenmiştir.

N=1000 (Okulda kayıtlı öğrenci sayısı)

p= 0,225 (6-18 yaş grubu çocuklarda hafif şişman ve obezite oranı % 22.5)

(Türkiye’de Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010)

q= 0,775

d=0,05

t= 2.58($\alpha=0.01$ seçilince ∞ serbestlik derecesindeki t değeri)

$$N t^2 p q \quad 1000 \times (2.58)^2 \times 0.225 \times 0.775 \quad 1160.64$$

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q} = \frac{1160.64}{(0.05)^2 \times (1000-1) + (2.58)^2 \times 0.225 \times 0.775} = \frac{1160.64}{3.655} = \underline{\underline{318}}$$

5.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan öğrenci soru formu ve ebeveyn soru formu ile toplandı (Ek-1). Öğrenci ile ilgili bilgiler öğrencilerden, ebeveynlerin

sosyodemografik özellikleri, aile hastalık öyküleri ve çocukların doğum ve hastalıklarıyla ilgili bilgiler ebeveynlerden alındı. Ebeveyn soru formları öğrencilerle ebeveynlere gönderildi.

Öğrenci soru formunda; öğrencilerin sosyodemografik bilgilerini içeren (sınıf, yaş cinsiyet, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu) 10 soru, hipertansiyon ve obezite görülme durumunu etkileyebileceği düşünülen beslenme şekillerini, öğün sayılarını, fiziksel aktivitelerini, boş zaman etkinliklerini ve aileleri ile olan ilişkilerini sorgulayan 22 soru olmak üzere toplam 32 sorudan oluşmaktadır. Öğrencilerin boy, kilo ve kan basıncı ölçümleri yapıldı.

Ebeveyn soru formu; ebeveynlerin yaş, kilo, boy ve tansiyon değerleri, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, çocuğun sürekli tedavi gördüğü hastalık durumu, çocuğun ilaç kullanım durumu, ailede obezite ve hipertansiyon olan kişi durumunu sorgulayan 20 sorudan oluşmaktadır.

Öğrencilerin boy ve ağırlık ölçümü hassas olan taşınabilir baskül ile ölçüldü. Ağırlık ölçümlerinde öğrenciler dış giysileri hafifletilmiş olarak tartıldı. Boy, öğrenci dik durur pozisyonda iken ayakları birbirine ve arkaya bitişik ve yere tam olarak basar şekilde ölçüldü. Bu şekilde belirlenen boy ve ağırlık değerleri; vücut ağırlığı (kg) / boy² (m²) formülüyle hesaplanarak öğrencilerin BKİ'leri(Beden kitle indeksi) belirlendi. Bu BKİ değerleri DSÖ'nün 5-19 yaş arası çocuklar için belirlediği referans değerlere göre değerlendirildi. Bu değerlendirmede 5 persentil altı çok zayıf, 5 persentil ile 15 persentil arası zayıf, 15 persentil ile 85 persentil arası normal, 85 persentil ile 95 persentil arası kilolu, 95 persentil ve üzeri obez olarak tanımlandı (http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/, Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016).

Kan basıncı değerlendirmesi, Amerikan Pediatri Akademisi'nin yayınladığı 'The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents'a göre persentil çizelgesi ile değerlendirildi (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents, 2004). Persentil çizelgesinde sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçümleri yaşa ve cinsiyete göre değerlendirilmektedir. Buna göre sistolik ve diyastolik kan basıncı

90. persentil altında olanlar normal, 90-95. persentil arasında olanlar prehipertansiyon, 95. persentil ve üzerinde ancak 99. Persentilden küçük olanlar 1. düzey hipertansiyon, 99. persentil ve üzerinde olanlar 2. düzey hipertansiyon olarak tanımlandı. Çocukların yaşına uygun tansiyon aleti kullanıldı. Öğrencilerin kan basıncı ölçümleri; oturur, sakin ve rahat pozisyonda sağ koldan tansiyon aleti ile beşer dakika ara ile iki kez ölçüldü. İki ölçümde kaydedilerek ortalaması alındı.

5.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Öğrencilerin BKİ değerleri
- Öğrencilerin sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Kardeş sayısı
- Kaçınca çocuk olduğu
- Aile tipi
- Beslenme davranışları (düzenli öğün tüketme durumu, gece yatmadan yemek yeme, sebze, meyve tüketimi, abur cubur tüketimi, süt ürünleri tüketimi, içilen su miktarı, ağırlıklı beslenme şekli)
- Ortalama günlük uyku süresi
- Genel sağlık algısı
- Günlük TV izleme, bilgisayarda zaman geçirme süresi
- Günlük fiziksel aktivite yapma durumu, oyun oynama süresi
- Okul başarısı
- Aile ilişkileri
- Boş zaman değerlendirme şekilleri
- Annenin ve babanın yaşı

- Anne ve babanın eğitim durumu
- Annenin ve babanın çalışma durumu
- Gelir durumu
- Çocuğun doğum ağırlığı
- Çocuğun sürekli tedavi gördüğü bir hastalığı olma durumu ve ilaç kullanım durumu
- Annenin ve babanın sigara içme durumu
- Ailede obezite olma durumu
- Ailede diyabet, hipertansiyon, kalp hastası olma durumu
- Aile bireylerinin inme geçirme durumu

5.6.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılacağı okuldan ve İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğünden yazılı izin alındı. Üniversitenin Etik Kurulundan Etik Kurul Onayı (Tarih: 25.12.2015, Sayı: 98) alındı. Öğrencilerin velilerinden çocuklarının araştırmaya katılabilmesi için yazılı izin alındı. Veri toplama süreci okul öğrenci ve öğretmenlerin çalışma planını etkilemeyecek şekilde gerçekleştirildi. Öğrencilerin ölçümleri okul idaresi tarafından belirlenen bir odada öğrenciler teker teker alınarak yapıldı.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 21.0 istatistik paket programında değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

6. BULGULAR

Tablo 1: Çocukların Sosyodemografik Özellikleri (N=350)

Demografik Özellikler		Min-Maks	Ort±Ss
Yaş		10-13	11,450± 1,15
Anne yaşı		21-55	37,57± 5,19
Baba yaşı		29-82	41,69 ± 6,63
		n	%
Cinsiyet	Kız	172	49,1
	Erkek	178	50,9
Sınıf	5	100	28,6
	6	81	23,1
	7	81	23,1
	8	88	25,1
Kardeş sayısı	Kardeşi Yok	116	33,1
	2	128	36,6
	3	61	17,4
	4 ve üzeri	45	12,9
Kaçmıcı çocuk olduğu	1.çocuk	190	54,3
	2.çocuk	106	30,3
	3.çocuk	32	9,1
	4.çocuk	11	3,1
	5. ve üstü	11	3,1
Aile tipi	Çekirdek aile	261	74,6
	Geniş aile	64	18,3
	Anne baba ayrı	25	7,1
Annenin eğitim durumu	İlkokul	125	35,7
	Ortaokul	127	36,3
	Lise	94	26,9
	Ön Lisans	1	0,3
	Yüksek Lisans	3	0,9
Babanın eğitim durumu	İlkokul	92	26,3
	Ortaokul	112	32,0
	Lise	129	36,9
	Ön Lisans	6	1,7
	Lisans	11	3,1
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	154	44,0
	Çalışmıyor	196	56,0
Baba çalışma durumu	Çalışıyor	322	92,0
	Çalışmıyor	28	8,0
Aile gelir düzeyi	Çok Kötü	2	0,6
	Kötü	14	4,0
	Orta	205	58,6
	İyi	116	33,1
	Çok İyi	13	3,7
	Toplam	350	100,0

Çocukların sosyo demografik özellikleri incelendiğinde, yaş ortalaması $11,450 \pm 1,151$ olup, % 49,1'inin kız, % 50,9'unun erkek olduğu, % 28,6'sının 5. sınıf, % 23,1'inin 6. sınıf, % 23,1'inin 7. sınıf ve % 25,1'inin 8.sınıf öğrencisi olduğu belirlendi.

Çocukların % 33,1'inin kardeşi yok, % 36,6' sı iki kardeş, % 17,4' ü üç kardeş, % 12,9'u dört ve üzeri kardeştir. Çocukların % 54,3'ünün 1.çocuk, % 30,3'ünün 2.çocuk, % 9,1'inin 3.çocuk, % 3,1'inin 4.çocuk, % 3,1'inin 5. ve üstü çocuk olduğu belirlendi. Çocukların % 74,6'sının çekirdek aile, % 18,3'ünün geniş aile, % 7,1'inin anne baba ayrı olduğu belirlendi. Çocukların ailelerinin gelir düzeylerinin, % 0,6'sının çok kötü, % 4'ünün kötü, % 58,6'sının orta, % 33,1'inin iyi, % 3,7'sinin çok iyi olduğu belirlendi.

Çocukların annelerinin % 35,7'sinin ilkokul, % 36,3'ünün ortaokul, % 26,9'unun lise, % 0,3'ünün ön lisans, % 0,9'unun yüksek lisans olduğu belirlendi. % 44'ünün çalıştığı, % 56'sının çalışmadığı belirlendi. Çocukların baba eğitim durumunun, % 26,3'ünün ilkokul, % 32,0'mın ortaokul, % 36,9'unun lise, % 1,7'sinin ön lisans, % 3,1'inin lisans olduğu belirlendi. % 92'sinin çalıştığı, % 8'inin çalışmadığı belirlendi.

Tablo 2: Çocukların Boy, Kilo, BKİ, Bel çevresi, Sistolik ve Diyastolik TA Değerleri (N=350)

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
BKİ	350	20,790	4,281	11,000	37,000
Sistolik tansiyon	350	96,660	6,977	80,000	110,000
Diyastolik tansiyon	350	63,800	9,906	40,000	90,000

Çocukların BKİ ortalaması $20,79 \pm 4,28$, sistolik tansiyon ortalaması $96,66 \pm 6,97$, diyastolik tansiyon ortalaması $63,80 \pm 9,90$ bulundu.

Tablo 3: Ebeveynlerin Sağlık Durumları (N=350)

Özellikler		n	%
Annenin tansiyon durumu	Normal	316	90,3
	Yüksek	34	9,7
Babanın tansiyon durumu	Normal	312	89,1
	Yüksek	38	10,9
Anne sigara içme durumu	İçiyor	154	44,0
	İçmiyor	196	56,0
Baba sigara içme durumu	İçiyor	274	78,3
	İçmiyor	76	21,7
Ailede şişman kişi olma durumu	Var	240	68,6
	Yok	110	31,4
Ailede yüksek tansiyon olma durumu	Var	185	52,9
	Yok	165	47,1
Ailede şeker hastası olma durumu	Var	188	53,7
	Yok	162	46,3
Ailede kalp hastası olma durumu	Var	125	35,7
	Yok	225	64,3
Ailede inme felç geçiren kişi olma durumu	Var	107	30,6
	Yok	243	69,4
Toplam		350	100,0

Annelerin ifadelerine göre % 90,3'ünün tansiyonu normal, % 9,7'sinin yüksek olduğu belirlendi. Babaların % 89,1'sinin tansiyonu normal, % 10,9'sinin yüksek olduğu belirlendi.

Annelerin ifadelerine göre % 44'ünün sigara içtiği, % 56'sının içmediği belirlendi. Babaların % 78,3'ünün sigara içtiği, % 21,7'sinin içmediği belirlendi.

Çocukların % 68,6'sının ailesinde şişman kişi olduğu, % 31,4'ünün ailesinde şişman kişi olmadığı bulundu. Ailelerin % 52,9'unda yüksek tansiyon hastası olduğu, % 47,1'inde olmadığı belirlendi. Ailelerin % 53,7'sinde şeker hastası olduğu, % 46,3'ünde olmadığı, % 35,7'sinde kalp hastası olduğu, % 64,3'ünde olmadığı bulundu. Ailelerin % 30,6'sında inme felç geçiren olduğu, % 69,4'ünde olmadığı saptandı.



Tablo 4: Çocukların Beslenme Davranışları (N=350)

Beslenme davranışları		n	%
Günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yeme durumu	Evet	234	66,9
	Hayır	116	33,1
Gece yatmadan önce yemek yeme durumu	Evet	135	38,6
	Hayır	215	61,4
Her gün düzenli olarak kahvaltı yapma durumu	Evet	279	79,7
	Hayır	71	20,3
Her gün düzenli olarak öğle yemeği yeme durumu	Evet	295	84,3
	Hayır	55	15,7
Her gün düzenli olarak akşam yemeği yeme durumu	Evet	314	90,0
	Hayır	35	10,0
Her gün 2-4 porsiyon meyve yeme durumu	Evet	236	67,4
	Hayır	114	32,6
Her gün 3-5 porsiyon sebze yeme durumu	Evet	224	64,0
	Hayır	126	36,0
Her gün yemek aralarında abur cubur yeme durumu	Evet	187	53,4
	Hayır	163	46,6
Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yeme durumu	Evet	258	73,7
	Hayır	92	26,3
Yemek tercihleri	Hamur Yemekleri	114	32,6
	Sebze Yemekleri	236	67,4
Tv izlerken/bilgisayar kullanırken abur cubur tüketme durumu	Evet	143	40,9
	Hayır	207	59,1
Toplam		350	100

Çocukların % 66,9'unun günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yediği, % 33,1'inin yemediği belirlendi. Çocukların % 38,6'sının gece yatmadan önce yemek yemek yediği, % 61,4'ünün yemediği belirlendi. Çocukların % 79,7'sinin her gün düzenli olarak kahvaltı yaptığı, % 20,3'ünün yapmadığı belirlendi. Çocukların % 84,3'ünün her gün düzenli olarak öğle yemeği yediği, % 15,7'sinin yemediği belirlendi. Çocukların % 90'ının her gün düzenli olarak akşam yemeği yediği, % 10'ının yemediği belirlendi. Çocukların % 67,4'ünün her gün 2-4 porsiyon meyve yediği, % 32,6'sının yemediği belirlendi.

Çocukların % 64'ünün her gün 3-5 porsiyon sebze yediği, % 36'sının yemediği belirlendi. Çocukların % 53,4'ünün her gün yemek aralarında abur cubur yediği, % 46,6'sının yemediği belirlendi. Çocukların % 73,7'sinin her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yediği, % 26,3'ünün yemediği belirlendi. Çocukların % 32,6'sının evde hamur yemekleri tükettiği, % 67,4'ünün sebze yemekleri tükettiği belirlendi. Çocukların % 40,9'unun tv izlerken/bilgisayar kullanırken abur cubur tükettiği, % 59,1'inin tüketmediği belirlendi.



Tablo 5: Çocukların Fiziksel Aktivite ve Boş Zaman Aktiviteleri (N=350)

Fiziksel Aktivite ve Boş Zaman Aktiviteleri		n	%
Şu anki genel sağlık durumunu değerlendirilmesi	Mükemmel	55	15,7
	Çok İyi	119	34,0
	İyi	149	42,6
	Orta	23	6,6
	Kötü	4	1,1
Haftada 3 gün 30-60 dakikalık bir fiziksel aktivite durumu	Yapan	190	54,3
	Yapmayan	160	45,7
Boş zamanları değerlendirme durumu	Kitap Okuma	88	25,1
	Spor Aktiviteleri	92	26,3
	Bilgisayar Oyunları	106	30,3
	Televizyon	63	18,0
	Diğer	1	0,3
Tv izleme durumu	İzlemeyen	105	30,0
	İzleyen	245	70,0
Günlük tv izleme süresi	1 saat	49	20,0
	2 saat	99	40,4
	3 saat	64	26,1
	4 saat	23	9,4
	5 Saat ve üstü	10	4,1
Bilgisayarda zaman geçirme	Geçirmeyen	111	31,7
	Geçiren	239	68,3
Günde bilgisayarda geçirilen süre	1 saat	77	32,2
	2 saat	70	29,3
	3 saat	57	23,8
	4 saat	24	10,0
	5 saat ve üzeri	11	4,6
Dışarıda oyun oynama	Oynamayan	160	45,7
	Oynayan	190	54,3
Günlük dışarıda oyun oynama süresi	1 saat	73	38,4
	2 saat	77	40,5
	3 saat	25	13,2
	4 saat	13	6,8
	5 saat	2	1,1
Okula gelme durumu	Servis veya özel araçla	73	20,9
	Yürüyerek	277	79,1
Okul başarısının öğrenci tarafından değerlendirilmesi	Kötü	14	4,0
	Orta	86	24,6
	İyi	172	49,1
	Çok İyi	78	22,3
Çocuğun aile ile ilişki durumu	Çok Kötü	8	2,3
	Kötü	29	8,3
	Orta	85	24,3
	İyi	127	36,3
	Çok İyi	101	28,9
Toplam		350	100,0

Çocukların % 15,7'si şu anki genel sağlık durumunu mükemmel, % 34'ü çok iyi, % 42,6'sı iyi, % 6,6'sı orta, % 1,1'i kötü olarak değerlendirdi. Çocukların % 54,3'nün haftada 3 gün 30-60 dakikalık bir fiziksel yaptığı, % 45,7'sinin yapmadığı belirlendi.

Çocukların % 26,3'ünün boş zamanlarını kitap okuyarak, % 30,3'ünün spor aktiviteleri ile, % 18,0'mının televizyon izleyerek, % 0,3'ünün diğer aktiviteler ile değerlendirdiği belirlendi. Çocukların % 30'unun tv izlemediği, % 70'inin izlediği, günlük tv izleme süresinin, % 20'sinin 1, % 40,4'ünün 2, % 26,1'inin 3, % 9,4'ünün 4, % 4,1'inin 5 saat ve üstü olduğu belirlendi.

Çocukların, % 31,7'sinin bilgisayarda zaman geçirmediği, % 68,3'ünün geçirdiği, % 32,2'sinin bilgisayarda 1 saat, % 29,3'ünün 2 saat, % 23,8'inin 3 saat, % 10,0'mının 4 saat, % 4,6'sinin 5 saat ve üzeri geçirdiği belirlendi. Çocukların % 40,9'unun tv izlerken/bilgisayar kullanırken abur cubur tükettiği, % 59,1'inin tüketmediği saptandı.

Çocukların % 45,7'sinin dışarıda oyun oynamadığı, % 54,3'ünün oynadığı, günlük dışarıda oyun oynama süresinin, öğrencilerin % 38,4'ünün 1, % 40,5'inin 2, % 13,2'sinin 3, % 6,8'inin 4, % 1,1'inin 5 saat olduğu belirlendi. Çocukların % 20,9'unun servis veya özel araçla, % 79,1'inin yürüyerek geldiği belirlendi. Çocukların % 4,0'ünün okul başarısının kötü, % 24,6'sının orta, % 49,1'inin iyi, % 22,3'ünün çok iyi olduğu belirlendi. Çocukların % 2,3'ünün aileleri ile olan ilişkilerinin çok kötü, % 8,3'ünün kötü, % 24,3'ünün orta, % 36,3'ünün iyi, % 28,9'unun çok iyi olduğu belirlendi. Öğrencilerin hafta içi günlük ortalama uyku süresi $8,6 \pm 1,3$ (2-12) saat; hafta sonu günlük ortalama uyku süresi $9,3 \pm 2,2$ (1-40) saat olarak belirlendi.

Tablo 6: Çocukların Doğum Tartıları ve Sağlık Durumları (N=350)

Özellikler		n	%
Doğum tartısı sınıflandırma	2500 gr altı	36	10,3
	2500-4000 gr	306	87,4
	4000 gr ve üzeri	8	2,3
Sürekli tedavi görülen hastalığı olma durumu	Var	14	4,0
	Yok	336	96,0
Çocuğun sürekli tedavi gördüğü hastalık	Göz	5	35,7
	Astım	1	7,1
	Epilepsi	1	7,1
	Alerji	4	28,6
	Psikolojik	1	7,1
	Böbrek	1	7,1
	İşitme	1	7,1
Çocuğunuz hastalığı nedeniyle sürekli herhangi bir ilaç kullanma durumu	Evet	5	1,4
	Hayır	345	98,6
Toplam		350	100,0

Çocukların % 10,3'ünün 2500 altı, % 87,4'ünün 2500-4000 arası, % 2,3'ünün 4000 ve üzeri doğum tartılı olduğu belirlendi.

Çocukların % 4'ünün sürekli gördüğü bir hastalık olduğu, %96'sında olmadığı, % 35,7'sinin göz , % 7,1'inin astım, % 7,1'inin epilepsi, % 28,6'sının alerji, % 7,1'inin psikolojik, % 7,1'inin böbrek, % 7,1'inin işitme ile ilgili hastalığı olduğu bulundu. Çocukların % 1,4'ünün sürekli ilaç kullandığı, % 98,6'sının kullanmadığı belirlendi.

Tablo 7: Çocukların BKİ Persentil, Sistolik Tansiyon Persentil ve Diyastolik Tansiyon Persentil Dağılımı (N=350)

Persentil değerleri		n	%
BKİ persentil (95 ve üzeri/95 persentil altı)	95 ve üzeri persentil	74	21,1
	95 persentil altı	276	78,9
BKİ persentil	3 persentil altı	8	2,3
	3-15 persentil	17	4,9
	15-50 persentil	66	18,9
	50-85 persentil	87	24,9
	85-97 persentil	98	28,0
	97 persentil üstü	74	21,1
Sistolik persentil	90. persentil altı	307	87,7
	90-95. persentil arası	43	12,3
Diyastolik persentil	90.persentil altı	310	88,6
	90-95.persentil arası	40	11,4
	Toplam	350	100,0

Çocukların BKİ'ye göre percentil değerlerinin % 21,1'inin 95 ve üzeri percentil, % 78,9'unun 95.percentil altında olduğu belirlendi. Çocukların BKİ persentillerine göre % 2,3'ünün 3 persentil altı, % 4,9'unun 3-15 persentil, % 18,9'unun 15-50 persentil, % 24,9'unun 50-85 persentil, % 28'inin 85-97 persentil, % 21,1'inin 97 persentil üstü olduğu bulundu.

Çocukların sistolik tansiyon persentillerinin % 87,7'sinin 90. percentil altı, % 12,3'ünün 90-95. percentil arası olduğu bulundu. Çocukların diyastolik tansiyon persentillerinin % 88,6'sının 90.percentil altı, % 11,4'ünün 90-95.percentil arası olduğu bulundu.

Tablo 8: Çocukların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Obezite Durumunun Karşılaştırılması (N=350)

Özellikler		95. persentil üstü (Obez)		95. persentil altı (Obez Değil)		p
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kız	32	%43,2	140	%50,7	$X^2=1,307$ $p=0,156$
	Erkek	42	%56,8	136	%49,3	
Yaş	10	35	%47,3	65	%23,6	$X^2=19,612$ $p=0,000$
	11	16	%21,6	65	%23,6	
	12	15	%20,3	66	%23,9	
	13	8	%10,8	80	%29,0	
Sistolik Persentil	90. Percentil Altı	64	%86,5	243	%88,0	$X^2=0,131$ $p=0,424$
	90-95. Percentil Arası	10	%13,5	33	%12,0	
Diastolik Persentil	90.percentil Altı	65	%87,8	245	%88,8	$X^2=0,050$ $p=0,481$
	90-95.percentil Arası	9	%12,2	31	%11,2	
Kardeş Sayısı	Kardeşim Yok	29	%39,2	87	%31,5	$X^2=3,086$ $p=0,379$
	2	23	%31,1	105	%38,0	
	3	15	%20,3	46	%16,7	
	4 Ve üzeri	7	%9,5	38	%13,8	
Kaçınıcı Çocuk	1.çocuk	45	%60,8	145	%52,5	$X^2=2,875$ $p=0,579$
	2.çocuk	21	%28,4	85	%30,8	
	3.çocuk	6	%8,1	26	%9,4	
	4.çocuk	1	%1,4	10	%3,6	
	5. Ve üstü	1	%1,4	10	%3,6	

Çocukların yaşına göre BKİ persentil değerleri karşılaştırıldığında, obez olanların içinde 10 yaşındaki öğrencilerin (% 47,3), diğer yaşlardaki öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Çocukların cinsiyetine, sistolik persentil, diyastolik persentil değerlerine, kardeş sayısına ve kaçınıcı çocuk olduğuna göre BKİ persentil değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 9: Çocukların Beslenme Davranışlarına göre Obezite Durumunun Karşılaştırılması (N=350)

Beslenme davranışları		95. persentil üstü (Obez)		95. persentil altı (Obez Değil)		p
		n	%	n	%	
Günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yemek yeme durumu	Evet	42	%56,8	192	%69,6	$X^2=4,320$ p=0,027
	Hayır	32	%43,2	84	%30,4	
Gece yatmadan önce yemek yemek yeme durumu	Evet	30	%40,5	105	%38,0	$X^2=0,154$ p=0,396
	Hayır	44	%59,5	171	%62,0	
Her gün düzenli olarak kahvaltı yapma durumu	Evet	59	%79,7	220	%79,7	$X^2=0,000$ p=0,570
	Hayır	15	%20,3	56	%20,3	
Her gün düzenli olarak öğle yemeği yeme durumu	Evet	61	%82,4	234	%84,8	$X^2=0,243$ p=0,369
	Hayır	13	%17,6	42	%15,2	
Her gün düzenli olarak akşam yemeği yeme durumu	Evet	67	%90,5	247	%89,8	$X^2=0,034$ p=0,527
	Hayır	7	%9,5	28	%10,2	
Her gün 2-4 porsiyon meyve yeme durumu	Evet	44	%59,5	192	%69,6	$X^2=2,713$ p=0,067
	Hayır	30	%40,5	84	%30,4	
Her gün 3-5 porsiyon sebze yeme durumu	Evet	37	%50,0	187	%67,8	$X^2=7,983$ p=0,004
	Hayır	37	%50,0	89	%32,2	
Her gün yemek aralarında abur cubur yeme durumu	Evet	44	%59,5	143	%51,8	$X^2=1,372$ p=0,149
	Hayır	30	%40,5	133	%48,2	
Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yeme durumu	Evet	53	%71,6	205	%74,3	$X^2=0,212$ p=0,373
	Hayır	21	%28,4	71	%25,7	
Evde hamur yemekleri ve sebze yemekleri tüketme durumu	Hamur Yemekleri	29	%39,2	85	%30,8	$X^2=1,871$ p=0,110
	Sebze Yemekleri	45	%60,8	191	%69,2	

Çocukların günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yeme durumuna göre obezite durumu karşılaştırıldığında, obez olmayan öğrencilerde günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yeme oranının (% 69,6), obez öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi($p<0,05$).

Çocukların her gün 3-5 porsiyon sebze yeme durumuna göre obezite durumu karşılaştırıldığında, obez olmayan öğrencilerde her gün 3-5 porsiyon sebze yeme oranının (% 67,8), obez öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi($p<0,05$).

Çocukların diğer beslenme davranışlarına göre obezite durumu karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 10: Çocukların Fiziksel Aktivite Davranışlarına ve Boş Zaman Aktivitelerine Göre Obezite Durumunun Karşılaştırılması (N=350)

Fiziksel aktivite ve boş zaman aktiviteleri		95. persentil üstü (Obez)		95. persentil altı (Obez Değil)		p
		n	%	n	%	
Şu anki, genel sağlık durumu	Mükemmel	7	%9,5	48	%17,4	X ² =4,274 p=0,370
	Çok İyi	26	%35,1	93	%33,7	
	İyi	35	%47,3	114	%41,3	
	Orta	6	%8,1	17	%6,2	
	Kötü	0	%0,0	4	%1,4	
Haftada 3 gün 30-60 dakikalık bir fiziksel aktivite yapma durumu	Evet	38	%51,4	152	%55,1	X ² =0,326 p=0,330
	Hayır	36	%48,6	124	%44,9	
Tv izleme durumu	İzlemiyorum	22	%29,7	83	%30,1	X ² =0,003 p=0,538
	İzliyorum	52	%70,3	193	%69,9	
Günlük tv izleme süresi	1	9	%17,3	40	%20,7	X ² =5,564 p=0,234
	2	18	%34,6	81	%42,0	
	3	20	%38,5	44	%22,8	
	4	3	%5,8	20	%10,4	
	5 Saat Ve üstü	2	%3,8	8	%4,1	
Bilgisayarda zaman geçirme durumu	Geçirmiyorum	17	%23,0	90	%32,6	X ² =2,553 p=0,071
	Geçiriyorum	57	%77,0	186	%67,4	
Günde bilgisayarda zaman geçirdiği süre	1	12	%21,8	65	%35,3	X ² =5,019 p=0,414
	2	18	%32,7	52	%28,3	
	3	15	%27,3	42	%22,8	
	4	6	%10,9	18	%9,8	
	5	4	%7,3	6	%3,3	
	6	0	%0,0	1	%0,5	
Tv izlerken/bilgisayar kullanırken abur cubur tüketme durumu	Evet	33	%44,6	110	%39,9	X ² =0,542 p=0,272
	Hayır	41	%55,4	166	%60,1	
Dışarıda oyun oynama durumu	Oynamıyorum	37	%50,0	123	%44,6	X ² =0,695 p=0,241
	Oynuyorum	37	%50,0	153	%55,4	
Günlük dışarıda oyun oynama süresi	1	14	%37,8	59	%38,6	X ² =3,442 p=0,487
	2	18	%48,6	59	%38,6	
	3	2	%5,4	23	%15,0	
	4	3	%8,1	10	%6,5	
	5	0	%0,0	2	%1,3	
Okula gelme durumu	Servis Veya Özel Araçla	15	%20,3	58	%21,0	X ² =0,020 p=0,516
	Yürüyerek	59	%79,7	218	%79,0	
Okul başarısını değerlendirme durumu	Kötü	4	%5,4	10	%3,6	X ² =12,356 p=0,006
	Orta	29	%39,2	57	%20,7	
	İyi+çok iyi	41	%55,4	209	%75,7	
Ailenizle ilişkilerinizi değerlendirme durumu	Çok Kötü	0	%0,0	8	%2,9	X ² =10,846 p=0,028
	Kötü	12	%16,2	17	%6,2	
	Orta	20	%27,0	65	%23,6	
	İyi+çok iyi	42	%56,8	186	%67,4	

Çocukların okul başarı durumlarına göre obezite durumu karşılaştırıldığında, obez olmayan öğrencilerde okul başarı durumu iyi ve çok iyi olma durumunun (% 75,7), obez öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi($p<0,01$).

Çocukların aile ilişkilerine göre obezite durumu karşılaştırıldığında, obez olmayan öğrencilerde aile ilişkileri iyi ve çok iyi olma durumunun (% 67,4), obez öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Çocukların diğer fiziksel aktivite davranışlarına ve boş zaman aktivitelerine göre obezite durumu karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 11: Ailelerin Sosyodemografik ve Sağlık Davranışlarına Göre Obezite Durumunun Karşılaştırılması (N=350)

Özellikler		95. persentil üstü (Obez)		95. persentil altı (Obez Değil)		p
		n	%	n	%	
Annenin eğitim durumu	İlkokul	23	%31,1	102	%37,0	X ² =5,449 p=0,244
	Ortaokul	28	%37,8	99	%35,9	
	Lise	22	%29,7	72	%26,1	
	Ön Lisans	1	%1,4	0	%0,0	
	Yüksek Lisans	0	%0,0	3	%1,1	
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	33	%44,6	121	%43,8	X ² =0,013 p=0,505
	Çalışmıyor	41	%55,4	155	%56,2	
Baba çalışma durumu	Çalışıyor	70	%94,6	252	%91,3	X ² =0,858 p=0,254
	Çalışmıyor	4	%5,4	24	%8,7	
Gelir düzeyi	Çok Kötü	1	%1,4	1	%0,4	X ² =1,624 p=0,805
	Kötü	2	%2,7	12	%4,3	
	Orta	45	%60,8	160	%58,0	
	İyi	23	%31,1	93	%33,7	
	Çok İyi	3	%4,1	10	%3,6	
Annenin tansiyon durumu	Normal	62	%83,8	254	%92,0	X ² =4,523 p=0,033
	Yüksek	12	%16,2	22	%8,0	
Babanın tansiyon durumu	Normal	67	%90,5	245	%88,8	X ² =0,189 p=0,423
	Yüksek	7	%9,5	31	%11,2	
Anne sigara içme durumu	Evet	28	%37,8	126	%45,7	X ² =1,446 p=0,142
	Hayır	46	%62,2	150	%54,3	
Baba sigara içme durumu	Evet	56	%75,7	218	%79,0	X ² =0,376 p=0,320
	Hayır	18	%24,3	58	%21,0	
Ailedeki şişman kişi olma durumu	Evet	51	%68,9	189	%68,5	X ² =0,005 p=0,531
	Hayır	23	%31,1	87	%31,5	
Ailede yüksek tansiyon olma durumu	Evet	30	%40,5	155	%56,2	X ² =5,713 p=0,012
	Hayır	44	%59,5	121	%43,8	
Ailedeki şeker hastası durumu	Evet	34	%45,9	154	%55,8	X ² =2,278 p=0,084
	Hayır	40	%54,1	122	%44,2	
Ailedeki kalp hastası durumu	Evet	22	%29,7	103	%37,3	X ² =1,464 p=0,141
	Hayır	52	%70,3	173	%62,7	
Ailedeki inme felç geçiren kişi olma durumu	Evet	18	%24,3	89	%32,2	X ² =1,725 p=0,120
	Hayır	56	%75,7	187	%67,8	

Çocukların ailelerinin sosyodemografik ve sağlık davranışlarına göre göre obezite durumu karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).



Tablo 12: Çocukların Doğum Tartısına ve Hastalık Durumuna Göre Obezite Durumunun Karşılaştırılması (N=350)

Özellikler		Obez		Obez Değil		p
		n	%	n	%	
Doğum tartı sınıflandırma	2500 gr Altı	4	%5,4	32	%11,6	X ² =2,894 p=0,235
	2500-4000 gr	69	%93,2	237	%85,9	
	4000 gr ve üzeri	1	%1,4	7	%2,5	
Çocuğunuzun sürekli bir hastalık durumu	Var	2	%2,7	12	%4,3	X ² =0,411 p=0,402
	Yok	72	%97,3	264	%95,7	
Çocuğunuzun sürekli tedavi gördüğü bir hastalık durumu	Göz	2	%100,0	3	%25,0	X ² =4,200 p=0,650
	Astım	0	%0,0	1	%8,3	
	Epilepsi	0	%0,0	1	%8,3	
	Alerji	0	%0,0	4	%33,3	
	Psikolojik	0	%0,0	1	%8,3	
	Böbrek	0	%0,0	1	%8,3	
Çocuğunuz hastalığı nedeniyle sürekli herhangi bir ilaç kullanma durumu	Evet	0	%0,0	5	%1,8	X ² =1,360 p=0,303
	Hayır	74	%100,0	271	%98,2	

Çocukların doğum tartısına ve hastalık durumlarına göre obezite durumu karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Tablo 13: Çocukların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sistolik Arter Basıncı Persentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Özellikler		90. Percentil Altı		90-95. Percentil Arası		p
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kız	152	%49,5	20	%46,5	X ² =0,136 p=0,419
	Erkek	155	%50,5	23	%53,5	
Yaş	10	91	%29,6	9	%20,9	X ² =4,048 p=0,256
	11	72	%23,5	9	%20,9	
	12	72	%23,5	9	%20,9	
	13	72	%23,5	16	%37,2	
Sınıf	5	91	%29,6	9	%20,9	X ² =4,048 p=0,256
	6	72	%23,5	9	%20,9	
	7	72	%23,5	9	%20,9	
	8	72	%23,5	16	%37,2	
Kardeş Sayısı	Kardeşim Yok	102	%33,2	14	%32,6	X ² =2,471 p=0,481
	2	115	%37,5	13	%30,2	
	3	50	%16,3	11	%25,6	
	4 Ve üzeri	40	%13,0	5	%11,6	
Kaçınıcı Çocuk	1.çocuk	169	%55,0	21	%48,8	X ² =3,194 p=0,526
	2.çocuk	89	%29,0	17	%39,5	
	3.çocuk	30	%9,8	2	%4,7	
	4.çocuk	9	%2,9	2	%4,7	
	5. Ve üstü	10	%3,3	1	%2,3	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	229	%74,6	32	%74,4	X ² =4,372 p=0,112
	Geniş Aile	59	%19,2	5	%11,6	
	Anne Baba Ayrı	19	%6,2	6	%14,0	
Obezite durumu	Obez	64	20,8	10	23,3	X ² =0,131 p=0,717
	Obez değil	243	79,2	33	76,7	

Çocukların sosyodemografik özelliklerine ve obezite durumuna göre sistolik arter basıncı percentil değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Tablo 14: Çocukların Beslenme Davranışlarına Göre Sistolik Arter Basıncı Percentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Beslenme davranışları		90. Percentil Altı		90-95. Percentil Arası		p
		n	%	n	%	
Günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yeme durumu	Evet	203	%66,1	31	%72,1	X ² =0,607 p=0,276
	Hayır	104	%33,9	12	%27,9	
Gece yatmadan önce yemek yeme durumu	Evet	118	%38,4	17	%39,5	X ² =0,019 p=0,508
	Hayır	189	%61,6	26	%60,5	
Her gün düzenli olarak kahvaltı yapma durumu	Evet	243	%79,2	36	%83,7	X ² =0,487 p=0,319
	Hayır	64	%20,8	7	%16,3	
Her gün düzenli olarak öğle yemeği yeme durumu	Evet	262	%85,3	33	%76,7	X ² =2,105 p=0,113
	Hayır	45	%14,7	10	%23,3	
Her gün düzenli olarak akşam yemeği yeme durumu	Evet	276	%89,9	38	%90,5	X ² =0,013 p=0,584
	Hayır	31	%10,1	4	%9,5	
Her gün 2-4 porsiyon meyve yeme durumu	Evet	206	%67,1	30	%69,8	X ² =0,122 p=0,436
	Hayır	101	%32,9	13	%30,2	
Her gün 3-5 porsiyon sebze yeme durumu	Evet	195	%63,5	29	%67,4	X ² =0,252 p=0,374
	Hayır	112	%36,5	14	%32,6	
Her gün yemek aralarında abur cubur yeme durumu	Evet	164	%53,4	23	%53,5	X ² =0,000 p=0,563
	Hayır	143	%46,6	20	%46,5	
Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yeme durumu	Evet	226	%73,6	32	%74,4	X ² =0,013 p=0,538
	Hayır	81	%26,4	11	%25,6	
Yemek tercihleri	Hamur Yemekleri	98	%31,9	16	%37,2	X ² =0,480 p=0,298
	Sebze Yemekleri	209	%68,1	27	%62,8	

Çocukların beslenme davranışlarına göre sistolik arter basıncı percentil değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Tablo 15: Çocukların Fiziksel Aktivite Davranışlarına ve Boş Zaman Aktivitelerine Göre Sistolik Arter Basıncı Persentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Fiziksel aktivite davranışları ve boş zaman aktiviteleri		90. Percentil Altı		90-95. Percentil Arası		p
		n	%	n	%	
Şu anki, genel sağlık durumu	Mükemmel	48	%15,6	7	%16,3	X ² =6,889 p=0,142
	Çok İyi	103	%33,6	16	%37,2	
	İyi	132	%43,0	17	%39,5	
	Orta	22	%7,2	1	%2,3	
	Kötü	2	%0,7	2	%4,7	
Haftada 3 gün 30-60 dakikalık bir fiziksel aktivite yapma durumu	Evet	166	%54,1	24	%55,8	X ² =0,046 p=0,481
	Hayır	141	%45,9	19	%44,2	
Tv izleme durumu	İzlemiyorum	93	%30,3	12	%27,9	X ² =0,102 p=0,451
	İzliyorum	214	%69,7	31	%72,1	
Günlük tv izleme süresi	1 saat	44	%20,6	5	%16,1	X ² =5,614 p=0,230
	2 saat	90	%42,1	9	%29,0	
	3 saat	51	%23,8	13	%41,9	
	4 saat	21	%9,8	2	%6,5	
	5 Saat ve üstü	8	%3,7	2	%6,5	
Bilgisayarda zaman geçirme durumu	Geçirmiyorum	91	%29,6	16	%37,2	X ² =1,018 p=0,201
	Geçiriyorum	216	%70,4	27	%62,8	
Günde bilgisayarda zaman geçme durumu	1 saat	65	%30,7	12	%44,4	X ² =4,656 p=0,459
	2 saat	65	%30,7	5	%18,5	
	3 saat	49	%23,1	8	%29,6	
	4 saat	22	%10,4	2	%7,4	
	5 saat ve üzeri	10	%5,2	0	%0,0	
Tv izlerken/bilgisayar kullanırken abur cubur tüketme durumu	Evet	123	%40,1	20	%46,5	X ² =0,649 p=0,260
	Hayır	184	%59,9	23	%53,5	
Dışarıda oyun oynama durumu	Oynamıyorum	144	%46,9	16	%37,2	X ² =1,429 p=0,151
	Oynuyorum	163	%53,1	27	%62,8	
Günlük dışarıda oyun oynama durumu	1 saat	62	%38,0	11	%40,7	X ² =2,823 p=0,588
	2 saat	69	%42,3	8	%29,6	
	3 saat	20	%12,3	5	%18,5	
	4 saat	10	%6,1	3	%11,1	
	5 saat	2	%1,2	0	%0,0	
Okula servis veya özel araçla gelme durumu	Servis veya özel araçla	67	%21,8	6	%14,0	X ² =1,415 p=0,161
	Yürüyerek	240	%78,2	37	%86,0	
Ailenizle değerlendirme durumu	Çok Kötü	8	%2,6	0	%0,0	X ² =6,353 p=0,174
	Kötü	27	%8,8	2	%4,7	
	Orta	69	%22,5	16	%37,2	
	İyi	111	%36,2	16	%37,2	
	Çok İyi	92	%30,0	9	%20,9	
Boş zamanlarını değerlendirme durumu	Kitap Okuma	80	%26,1	8	%18,6	X ² =1,358 p=0,852
	Spor Aktiviteleri	79	%25,7	13	%30,2	
	Bilgisayar Oyunları	92	%30,0	14	%32,6	
	Televizyon	55	%17,9	8	%18,6	
	Diğer	1	%0,3	0	%0,0	

Çocukların fiziksel aktivite davranışlarına ve boş zaman aktivitelerine göre sistolik arter basıncı percentil değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).



Tablo 16: Ailelerin Sosyodemografik ve Sağlık Davranışlarına Göre Sistolik Arter Basıncı Persentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Özellikler		90. Percentil Altı		90-95. Percentil Arası		p
		n	%	n	%	
Annenin eğitim durumu	İlkokul	105	%34,2	20	%46,5	X ² =3,139 p=0,535
	Ortaokul	115	%37,5	12	%27,9	
	Lise	83	%27,0	11	%25,6	
	Ön Lisans	1	%0,3	0	%0,0	
	Yüksek Lisans	3	%1,0	0	%0,0	
Babanın eğitim durumu	İlkokul	78	%25,4	14	%32,6	X ² =1,778 p=0,777
	Ortaokul	99	%32,2	13	%30,2	
	Lise	114	%37,1	15	%34,9	
	Ön Lisans	6	%2,0	0	%0,0	
	Lisans	10	%3,3	1	%2,3	
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	135	%44,0	19	%44,2	X ² =0,001 p=0,553
	Çalışmıyor	172	%56,0	24	%55,8	
Baba çalışma durumu	Çalışıyor	285	%92,8	37	%86,0	X ² =2,361 p=0,112
	Çalışmıyor	22	%7,2	6	%14,0	
Gelir düzeyi	Çok Kötü	2	%0,7	0	%0,0	X ² =4,416 p=0,353
	Kötü	12	%3,9	2	%4,7	
	Orta	183	%59,6	22	%51,2	
	İyi	97	%31,6	19	%44,2	
	Çok İyi	13	%4,2	0	%0,0	
Annenin tansiyon durumu	Normal	276	%89,9	40	%93,0	X ² =0,419 p=0,374
	Yüksek	31	%10,1	3	%7,0	
Babanın tansiyon durumu	Normal	276	%89,9	36	%83,7	X ² =1,489 p=0,167
	Yüksek	31	%10,1	7	%16,3	
Annenin sigara içme durumu	Evet	138	%45,0	16	%37,2	X ² =0,917 p=0,214
	Hayır	169	%55,0	27	%62,8	
Baba sigara içme durumu	Evet	240	%78,2	34	%79,1	X ² =0,018 p=0,537
	Hayır	67	%21,8	9	%20,9	
Ailedeki şişman kişi durumu	Evet	211	%68,7	29	%67,4	X ² =0,029 p=0,495
	Hayır	96	%31,3	14	%32,6	
Ailede yüksek tansiyon kişi durumu	Evet	160	%52,1	25	%58,1	X ² =0,549 p=0,282
	Hayır	147	%47,9	18	%41,9	
Ailede şeker hastası kişi durumu	Evet	164	%53,4	24	%55,8	X ² =0,087 p=0,449
	Hayır	143	%46,6	19	%44,2	
Ailede kalp hastası kişi durumu	Evet	112	%36,5	13	%30,2	X ² =0,642 p=0,267
	Hayır	195	%63,5	30	%69,8	
Ailedeki inme felç durumu	Evet	95	%30,9	12	%27,9	X ² =0,164 p=0,416
	Hayır	212	%69,1	31	%72,1	

Çocukların ailelerinin sosyodemografik ve sağlık davranışlarına göre sistolik arter basıncı percentil değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).



Tablo 17: Çocukların Doğum Tartısına ve Hastalık Durumuna Göre Sistolik Arter Basıncı Percentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Özellikler		90. Percentil Altı		90-95. Percentil Arası		p
		n	%	n	%	
Doğum tartı sınıflandırma	2500 Altı	33	%10,7	3	%7,0	$X^2=1,818$ $p=0,403$
	2500-4000	266	%86,6	40	%93,0	
	4000 Ve üzeri	8	%2,6	0	%0,0	
Çocuğun sürekli gördüğü bir hastalık durumu	Var	14	%4,6	0	%0,0	$X^2=2,043$ $p=0,154$
	Yok	293	%95,4	43	%100,0	
Çocuğunuz hastalığı nedeniyle sürekli herhangi bir ilaç kullanma durumu	Evet	5	%1,6	0	%0,0	$X^2=0,710$ $p=0,517$
	Hayır	302	%98,4	43	%100,0	

Çocukların doğum tartısına ve hastalık durumlarına göre sistolik arter basıncı percentil değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 18: Çocukların Sosyodemografik Özelliklere Göre Diastolik Arter Basıncı Persentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Özellikler		90.percentil Altı		90-95.percentil Arası		p
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kız	153	%49,4	19	%47,5	X ² =0,049 p=0,479
	Erkek	157	%50,6	21	%52,5	
Yaş	10	93	%30,0	7	%17,5	X ² =3,226 p=0,358
	11	70	%22,6	11	%27,5	
	12	69	%22,3	12	%30,0	
	13	78	%25,2	10	%25,0	
Sınıf	5	93	%30,0	7	%17,5	X ² =3,226 p=0,358
	6	70	%22,6	11	%27,5	
	7	69	%22,3	12	%30,0	
	8	78	%25,2	10	%25,0	
Kardeş sayısı	Kardeşim Yok	100	%32,3	16	%40,0	X ² =2,848 p=0,416
	2	116	%37,4	12	%30,0	
	3	52	%16,8	9	%22,5	
	4 Ve üzeri	42	%13,5	3	%7,5	
Kaçınıcı çocuk	1.çocuk	166	%53,5	24	%60,0	X ² =6,656 p=0,155
	2.çocuk	91	%29,4	15	%37,5	
	3.çocuk	32	%10,3	0	%0,0	
	4.çocuk	11	%3,5	0	%0,0	
	5. Ve üstü	10	%3,2	1	%2,5	
Aile tipi	Çekirdek Aile	232	%74,8	29	%72,5	X ² =0,557 p=0,757
	Geniş Aile	57	%18,4	7	%17,5	
	Anne Baba Ayrı	21	%6,8	4	%10,0	
Obezite	Obez	65	%21	9	%22,5	X ² =0,050 p= 0,823
	Obez Değil	245	%69	31	%77,5	

Çocukların sosyodemografik özelliklerine göre diyastolik arter basıncı persentil değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).



Tablo 19: Çocukların Beslenme Davranışlarına Göre Diastolik Arter Basıncı Percentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Özellikler		90.percentil Altı		90-95.percentil Arası		p
		n	%	n	%	
Günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yeme durumu	Evet	200	%64,5	34	%85,0	X²=6,709 p=0,006
	Hayır	110	%35,5	6	%15,0	
Gece yatmadan önce yemek yeme durumu	Evet	118	%38,1	17	%42,5	X²=0,294 p=0,353
	Hayır	192	%61,9	23	%57,5	
Her gün düzenli olarak kahvaltı yapma durumu	Evet	244	%78,7	35	%87,5	X²=1,693 p=0,135
	Hayır	66	%21,3	5	%12,5	
Her gün düzenli olarak öğle yemek yeme durumu	Evet	257	%82,9	38	%95,0	X²=3,914 p=0,031
	Hayır	53	%17,1	2	%5,0	
Her gün düzenli olarak akşam yemeği yeme durumu	Evet	276	%89,3	38	%95,0	X²=1,266 p=0,204
	Hayır	33	%10,7	2	%5,0	
Her gün 2-4 porsiyon meyve yeme durumu	Evet	204	%65,8	32	%80,0	X²=3,250 p=0,049
	Hayır	106	%34,2	8	%20,0	
Her gün 3-5 porsiyon sebze yeme durumu	Evet	195	%62,9	29	%72,5	X²=1,416 p=0,155
	Hayır	115	%37,1	11	%27,5	
Her gün yemek aralarında abur cubur yeme durumu	Evet	165	%53,2	22	%55,0	X²=0,045 p=0,484
	Hayır	145	%46,8	18	%45,0	
Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yeme durumu	Evet	228	%73,5	30	%75,0	X²=0,039 p=0,507
	Hayır	82	%26,5	10	%25,0	
Evde hamur yemekleri ve sebze yemekleri tüketme durumu	Hamur Yemekleri	108	%34,8	6	%15,0	X²=6,349 p=0,007
	Sebze Yemekleri	202	%65,2	34	%85,0	

Çocukların günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yeme durumuna göre diastolik arter basıncı percentil değerleri karşılaştırıldığında, 90-95. percentil arasında olan öğrencilerin günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yeme oranının (% 85), 90. percentil altında olan öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Çocukların her gün düzenli olarak öğle yemeği yeme durumuna göre diastolik arter basıncı persentil değerleri karşılaştırıldığında, 90-95. percentil arasında olan öğrencilerin her gün düzenli olarak öğle yemeği yeme oranının (% 95), 90. percentil altında olan öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi($p<0,05$).

Çocukların her gün 2-4 porsiyon meyve yeme durumuna göre diastolik arter basıncı persentil değerleri karşılaştırıldığında 90-95. percentil arasında olan öğrencilerin her gün 2-4 porsiyon meyve yeme oranının (% 80), 90. percentil altında olan öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Çocukların evde hamur yemekleri ve sebze yemeği yeme durumuna göre diastolik arter basıncı persentil değerleri karşılaştırıldığında, 90-95. percentil arasında olan öğrencilerin sebze yemeği yeme durumunun (% 85), 90. percentil altında olan öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Çocukların diğer beslenme alışkanlıklarına göre, diastolik arter basıncı persentil değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 20: Çocukların Fiziksel aktivite Davranışlarına ve Boş Zaman Aktivitelerine Göre Diastolik Arter Basıncı Persentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Özellikler		90.percentil Altı		90-95.percentil Arası		p
		n	%	n	%	
Haftada 3 gün 30-60 dakikalık bir fiziksel aktivite yapma durumu	Evet	168	% 54,2	22	% 55,0	$X^2=0,009$ $p=0,530$
	Hayır	142	% 45,8	18	% 45,0	
Tv izleme durumu	İzlemiyorum	94	% 30,3	11	% 27,5	$X^2=0,134$ $p=0,435$
	İzliyorum	216	% 69,7	29	% 72,5	
Günlük tv izleme süresi	1	39	% 18,1	10	% 34,5	$X^2=7,745$ $p=0,101$
	2	93	% 43,1	6	% 20,7	
	3	54	% 25,0	10	% 34,5	
	4	21	% 9,7	2	% 6,9	
	5 Saat Ve üstü	9	% 4,2	1	% 3,4	
Bilgisayarda zaman geçirme durumu	Geçirmiyorum	96	% 31,0	11	% 27,5	$X^2=0,201$ $p=0,402$
	Geçiriyorum	214	% 69,0	29	% 72,5	
Günde bilgisayarda zaman geçirme durumu	1	66	% 31,3	11	% 39,3	$X^2=3,265$ $p=0,659$
	2	65	% 30,8	5	% 17,9	
	3	49	% 23,2	8	% 28,6	
	4	22	% 10,4	2	% 7,1	
	5	8	% 3,8	2	% 7,1	
	6	1	% 0,5	0	% 0,0	
Tv izlerken/bilgisayar kullanırken abur cubur tüketme durumu	Evet	130	% 41,9	13	% 32,5	$X^2=1,305$ $p=0,166$
	Hayır	180	% 58,1	27	% 67,5	
Dışarıda oyun oynama durumu	Oynamıyorum	141	% 45,5	19	% 47,5	$X^2=0,058$ $p=0,470$
	Oynuyorum	169	% 54,5	21	% 52,5	
Günlük dışarıda oyun oynama süresi	1	63	% 37,3	10	% 47,6	$X^2=4,611$ $p=0,330$
	2	71	% 42,0	6	% 28,6	
	3	22	% 13,0	3	% 14,3	
	4	12	% 7,1	1	% 4,8	
	5	1	% 0,6	1	% 4,8	
Okula servis veya araçla ve yürüyerek gelme durumu	Servis veya özel Araçla	65	% 21,0	8	% 20,0	$X^2=0,020$ $p=0,538$
	Yürüyerek	245	% 79,0	32	% 80,0	
Okul başarısını değerlendirme durumu	Kötü	11	% 3,5	3	% 7,5	$X^2=4,716$ $p=0,194$
	Orta	81	% 26,1	5	% 12,5	
	İyi	151	% 48,7	21	% 52,5	
	Çok İyi	67	% 21,6	11	% 27,5	
Ailenizle ilişkilerini değerlendirme durumu	Çok Kötü	6	% 1,9	2	% 5,0	$X^2=3,050$ $p=0,549$
	Kötü	26	% 8,4	3	% 7,5	
	Orta	75	% 24,2	10	% 25,0	
	İyi	116	% 37,4	11	% 27,5	
	Çok İyi	87	% 28,1	14	% 35,0	
Boş zamanlarını değerlendirme durumu	Kitap Okuma	75	% 24,2	13	% 32,5	$X^2=1,553$ $p=0,817$
	Spor Aktiviteleri	82	% 26,5	10	% 25,0	
	Bilgisayar Oyunları	96	% 31,0	10	% 25,0	
	Televizyon	56	% 18,1	7	% 17,5	
	Diğer	1	% 0,3	0	% 0,0	

Çocukların fiziksel aktivite davranışlarına ve boş zaman aktivitelerine göre diyastolik arter basıncı percentil değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).



Tablo 21: Ailelerin Sosyodemografik ve Sağlık Davranışlarına Göre Diyastolik Arter Basıncı Persentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Özellikler		90.percentil Altı		90-95.percentil Arası		p
		n	%	n	%	
Annenin eğitim durumu	İlkokul	110	%35,5	15	%37,5	X ² =0,901 p=0,924
	Ortaokul	114	%36,8	13	%32,5	
	Lise	82	%26,5	12	%30,0	
	Ön Lisans	1	%0,3	0	%0,0	
	Yüksek Lisans	3	%1,0	0	%0,0	
Babanın eğitim durumu	İlkokul	78	%25,2	14	%35,0	X ² =4,288 p=0,368
	Ortaokul	97	%31,3	15	%37,5	
	Lise	119	%38,4	10	%25,0	
	Ön Lisans	6	%1,9	0	%0,0	
	Lisans	10	%3,2	1	%2,5	
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	136	%43,9	18	%45,0	X ² =0,018 p=0,511
	Çalışmıyor	174	%56,1	22	%55,0	
Baba çalışma durumu	Çalışıyor	284	%91,6	38	%95,0	X ² =0,552 p=0,355
	Çalışmıyor	26	%8,4	2	%5,0	
Gelir düzeyi	Çok Kötü	2	%0,6	0	%0,0	X ² =2,514 p=0,642
	Kötü	13	%4,2	1	%2,5	
	Orta	179	%57,7	26	%65,0	
	İyi	103	%33,2	13	%32,5	
	Çok İyi	13	%4,2	0	%0,0	
Annenin tansiyon durumu	Normal	278	%89,7	38	%95,0	X ² =1,144 p=0,223
	Yüksek	32	%10,3	2	%5,0	
Babanın tansiyon durumu	Normal	277	%89,4	35	%87,5	X ² =0,126 p=0,444
	Yüksek	33	%10,6	5	%12,5	
	Hayır	62	%20,0	14	%35,0	
Ailede şişman kişi olma durumu	Evet	211	%68,1	29	%72,5	X ² =0,323 p=0,355
	Hayır	99	%31,9	11	%27,5	
Ailede yüksek tansiyon olma durumu	Evet	163	%52,6	22	%55,0	X ² =0,083 p=0,453
	Hayır	147	%47,4	18	%45,0	
Ailede şeker hastası olma durumu	Evet	163	%52,6	25	%62,5	X ² =1,402 p=0,155
	Hayır	147	%47,4	15	%37,5	
Ailede kalp hastası olma durumu	Evet	107	%34,5	18	%45,0	X ² =1,696 p=0,130
	Hayır	203	%65,5	22	%55,0	
Ailede inme felç geçme durumu	Evet	94	%30,3	13	%32,5	X ² =0,079 p=0,453
	Hayır	216	%69,7	27	%67,5	

Çocukların ailelerinin sosyodemografik ve sağlık davranışlarına göre diyastolik arter basıncı persentil değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).



Tablo 22: Çocukların Doğum tartısına ve Hastalık durumuna göre Diyastolik Arter Basıncı Persentil Değerlerinin Karşılaştırılması (N=350)

Özellikler		90.percentil Altı		90-95.percentil Arası		p
		n	%	n	%	
Doğum tartı sınıflandırma	2500 Altı	29	%9,4	7	%17,5	$X^2=4,250$ p=0,119
	2500-4000	275	%88,7	31	%77,5	
	4000 Ve üzeri	6	%1,9	2	%5,0	
Çocuğun sürekli gördüğü bir hastalık durumu	Var	12	%3,9	2	%5,0	$X^2=0,118$ p=0,490
	Yok	298	%96,1	38	%95,0	
Çocuğunun sürekli gördüğü hastalık	Göz	4	%33,3	1	%50,0	$X^2=7,467$ p=0,280
	Astım	0	%0,0	1	%50,0	
	Epilepsi	1	%8,3	0	%0,0	
	Alerji	4	%33,3	0	%0,0	
	Psikolojik	1	%8,3	0	%0,0	
	Böbrek	1	%8,3	0	%0,0	
	İşitme	1	%8,3	0	%0,0	
Çocuğun hastalığı nedeniyle sürekli herhangi bir ilaç kullanma durumu	Evet	4	%1,3	1	%2,5	$X^2=0,368$ p=0,457
	Hayır	306	%98,7	39	%97,5	

Çocukların doğum tartısına ve hastalık durumlarına göre diyastolik arter basıncı persentil değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

7. TARTIŞMA

Bu araştırma adölesanlarda obezite ve hipertansiyon prevalansı ile obezite ve hipertansiyonu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 350 adolesan öğrenci ile gerçekleştirildi. Araştırmaya katılan adolesanların yaş ortalaması $11,450 \pm 1,151$ olup, % 49,1'inin kız, % 50,9'unun erkek olduğu, % 28,6'sının 5. sınıf, % 23,1'inin 6. sınıf, % 23,1'inin 7. sınıf ve % 25,1'inin 8.sınıf öğrencisi olduğu belirlendi.

Araştırmada çocukların BKİ'ye göre percentil değerlerinin % 28'inin 85-97 percentil arasında, % 21,1'inin 97 ve üzeri percentil olduğu belirlendi. WHO'ya göre 97 percentil ve üzeri obez, 85-97 percentil arası kilolu olarak tanımlanmaktadır (http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/, Erişim Tarihi: 4 Ocak 2016). Buna göre öğrencilerin % 28'inin kilolu, % 21,1'inin obez olduğu belirlendi. Isparta'da yapılan bir çalışmada fazla kiloluluk sıklığı % 11 şişmanlık sıklığı % 12,5 olarak bulundu. Kızlarda fazla kiloluluk %10,4, şişmanlık % 11,2; erkeklerde ise sırasıyla % 11,4 ve % 13,4 olarak bulunmuştur (Akçam ve ark., 2009). Cam ve Top'un araştırmasında (2015) fazla kiloluluk ve obezite prevalansı sırasıyla % 15,4 ve % 16,7 olarak bulunmuştur. Çınar'ın çalışmasında (2013) 7-14 yaş grubunda obezite oranı % 20,7 bulunmuştur. Yüce'nin araştırmasında (2007) 7-13 yaş grubu çocukların % 8 'inde obezite, fazla kiloluluk oranı da % 16,94 bulunmuştur. Nam ve arkadaşlarının çalışmasında (2015) fazla kilolu prevalansı % 17,4 ve obezite prevalansı % 11,1 bulunmuştur. Başka bir çalışmada obezite prevalansı % 7,5, aşırı kilo prevalansı % 21,9 bulunmuştur (Cherian et al., 2015). Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalar çocuk ve adolesanlarda obezite ve fazla kiloluluk oranının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Adolesan ve çocuklarda obezite oranının artması çocuk ve adolesanlara yönelik sağlıklı geliştirme programlarının düzenlenmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırmada 10 yaşındaki çocuklarda (% 47,3), diğer yaşlardaki çocuklara göre daha yüksek oranda obezite sıklığı belirlendi. Karaman'da yapılan bir çalışmada fazla kiloluluk ve şişmanlık oranları; diğer yaşlara göre erkeklerde 10-13 yaşlarında, kızlarda 13-15 yaş aralığında, daha fazla olduğu tespit edildi (Altuncan, 2013). Bu sonuç araştırma

sonuçlarını desteklemektedir. 10 yaşındaki çocuklar ergenlik döneminin başındadır. Bu dönemde fazla kilo alınmasının nedeni olarak, fazla kalorili beslenme, fiziksel aktivite azlığı, çevresel faktörler, genetik yatkınlık, psikolojik etkiler olarak sıralanabilir (Berberoğlu, 2008).

Adolesan dönem çocukluktan sonra en hızlı büyüme dönemidir. Sağlıklı besin seçimi büyüme ve gelişmeyi olumlu yönde etkilemektedir (Baltacı ve ark, 2012). Araştırmada çocukların % 66,9'unun günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yediği, % 38,6'sının gece yatmadan önce yemek yediği, % 84,3'ünün her gün düzenli olarak öğle yemeği yediği, % 90'ının her gün düzenli olarak akşam yemeği yediği, % 67,4'ünün her gün 2-4 porsiyon meyve yediği, % 64'ünün her gün 3-5 porsiyon sebze yediği, % 32,6'sının evde hamur yemekleri tükettiği, % 67,4'ünün sebze yemekleri tükettiği belirlendi. Araştırmada obez olmayan öğrencilerde günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yeme oranının (% 69,6), obez öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Obes olmayan öğrencilerde her gün 3-5 porsiyon sebze yeme oranının (% 67,8), obez öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırma sonuçlarında obez olmayan öğrencilerin, obez öğrencilere göre daha düzenli beslendikleri ve sebze tükettikleri görülmektedir. Obesitenin başlıca nedeni tüketilenden fazla enerji alınmasıdır (Berberoğlu, 2008). Yapılan bir çalışmada yeterli meyve tüketmemenin obezite açısından risk faktörü olduğu belirlenmiştir (Piryani et al, 2016). Çocuk ve adolesanlarda obesitenin önlenmesi için okullarda öğrenci ve velilere beslenme ile ilgili eğitim çalışmalarının yapılması adolesan obesitesinin önlenmesi açısından önemlidir.

Araştırmada obez olmayan çocuklarda okul başarı durumu iyi ve çok iyi olma oranının (% 75,7), obez öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Çalışma sonuçlarından farklı olarak Uskun ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında obez ve obez olmayan öğrencilerin ders başarı durumlarında farklılık saptanmamıştır. Obesite, çocukların akademik hayatlarını olumsuz şekilde etkilemektedir (Çınar, 2013). Çınar'ın çalışmasında (2013) okul başarı durumu ile obezite durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, obez gruptaki öğrencilerin % 18'inin, obez olmayan gruptaki öğrencilerin ise % 12,5'inin okul başarılarının kötü olduğu bulunmuştur. Çocukların okul başarı

durumu ile obezite görülme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan başka bir çalışmada katılan obez kız öğrenci grubunun % 9,5 oranı ile erkek öğrenci grubunun ise % 37,5 oranında öğrencinin başarı durumunun zayıf olduğu tespit edilmiş, öğrencilerin okul başarı durumu ile öğrencilerdeki obezite sıklığı arasındaki ilişki test arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Demirel, 2011). Yapılan çalışmalar obezitenin okul başarısını etkilediğini göstermektedir. Obes olan çocukların okul başarısının obez olmayanlara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Obes olmayan çocukların aile ilişkileri iyi ve çok iyi olma durumunun (% 67,4), obez öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Uskun ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında obez ve obez olmayan öğrencilerin arkadaşlarıyla iletişimlerinde farklılık saptanmamıştır. Çınar'ın çalışmasında obez olmayan öğrencilerin arkadaşlarıyla ilişkileri iyi olma oranı, obez olanlara göre yüksek bulunmakla birlikte anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çocukların cinsiyetine, göre obezite durumu karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı. Yapılan bir çalışmada ise; kız ve erkek çocuklar arasında vücut kitle indekslerine göre kızlarda % 9,54'ü, erkeklerde % 12,3'ü obez olarak bulunmuş ve kız ve erkekler arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Yüce, 2007). Öztora'nın yaptığı çalışmada (2005) kızların % 15,7'si ve erkeklerin % 19,4'ü olmak üzere adölesanların % 35,1'inin obez olduğu saptanmıştır.

Adölesanların sistolik persentil, diyastolik persentil değerlerine, kardeş sayısına ve kaçınıcı çocuk olduğuna diğer beslenme davranışlarına, aile bireylerinin sağlık davranışlarına ve hastalık öykülerine, fiziksel aktivite davranışlarına ve boş zaman aktivitelerine, doğum tartısına ve hastalık durumlarına göre obezite durumu karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı. Öztora'nın çalışmasında (2005) çocukların haftalık spor yapma süreleri ile obezite görülme sıklığı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada doğum ağırlıklarına göre obezite durumlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Yüce, 2007). Metinoğlu ve arkadaşlarının (2012), yaptığı çalışmada öğrencilerin ailesinde obez birey olma ile BKİ'i arasında anlamlı bir

ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışma sonuçlarının aksine Nam ve arkadaşlarının çalışmasında (2015) fazla kilo ve obezite ile kan basıncı arasında güçlü ilişki bulunmuştur.

Araştırma da adolesanların sistolik tansiyon persentillerinin % 87,7'sinin 90. percentil altı, % 12,3'ünün 90-95. percentil arası olduğu bulundu. Sistolik ve diyastolik kan basıncı 90. persentil altında olanlar normal, 90-95. persentil arasında olanlar prehipertansiyon, 95. persentil ve üzerinde ancak 99. persentilden küçük olanlar 1. düzey hipertansiyon, 99. persentil ve üzerinde olanlar 2. düzey hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents, 2004). Buna göre çocukların sistolik tansiyon açısından % 12,3'ünün prehipertansiyon olduğunu söyleyebiliriz. Çocukların diyastolik tansiyon persentillerinin % 88,6'sının 90. percentil altı, % 11,4'ünün 90-95. percentil arası olduğu bulundu. Buna göre çocukların diyastolik tansiyon açısından % 11,4'ünün prehipertansiyon olduğu görülmektedir. Cam ve Top'un araştırmasında (2015) araştırmaya katılan erkek öğrencilerin % 95,1'i normal kan basıncı, % 2,2'si prehipertansiyon ve % 2,7'si hipertansiyon olarak bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada sistolik kan basıncı ölçümlerine göre çocukların % 4,5'i prehipertansif, % 14,3'ü hipertansif, diastolik kan basıncı ölçümlerine göre % 4'ü prehipertansif, %4,7'si hipertansif olarak belirlenmiştir (Yüce, 2007). Şanlı ve Alpcan'ın çalışmasında (2015) çocukların % 4,4'ünde sistolik hipertansiyon, % 3,1'inde diyastolik hipertansiyon görülmüştür. Dinç ve arkadaşlarının çalışmasında (2009) çocukların % 3,5'inin hipertansif olduğu belirlenmiştir. Cam ve top'un çalışmasında (2014) sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçümlerine göre öğrencilerin % 2'si prehipertansiyon ve % 2,3'ü ise hipertansiyon grubunda yer almaktadır. Çalışmalara bakıldığında hipertansiyon sıklıklarında değişiklikler görülmektedir. Bu farklılığın çalışmalarda kullanılan yöntem farklılıklarının, çalışmaya alınan yaş grubu farklılıklarının sebep olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada çocukların ve ailelerin sosyodemografik özelliklerine, sağlık davranışlarına, doğum tartısına, obezite durumuna ve sağlık durumuna göre sistolik TA değerleri karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı. Yapılan bir çalışmada sosyoekonomik düzeyi yüksek okullarda sistolik hipertansiyon oranı % 1,8, diyastolik hipertansiyon oranı

% 1,2, sosyoekonomik düzeyi düşük okullarda sistolik hipertansiyon oranı % 2,5, diyastolik hipertansiyon oranı % 1,8 saptanmakla birlikte cinsiyete ve sosyoekonomik duruma göre TA değerlerinde anlamlı farklılık bulunmamıştır (Şanlı ve Alpcan, 2015). Dinç ve arkadaşlarının çalışmasında (2009) fazla kilolu olma ile hipertansiyon arasında ilişki bulunmuştur. Sosyoekonomik düzey ile obezite arasında doğrudan bir ilişki bulunmamıştır. Araştırma sonuçları da bu yargıyı desteklemektedir. Yine aynı şekilde cinsiyet, doğum tartısı ve obezitenin de sistolik tansiyonu doğrudan etkilemediği görülmektedir. İclal'in çalışmasında (2007), doğum ağırlıkları ile ailede hipertansiyon hastalığı arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmada diyastolik TA değeri 90-95. percentil arasında olan çocukların günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yeme oranının (% 85), 90. percentil altında olan öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yüce'nin çalışmasında (2007) hamur işi ve sebze ile eşit ağırlıklı beslenen çocukların diastolik kan basınçları, sadece hamur işi ya da sadece sebze ile beslenenlere göre yüksek olarak belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada obez kişilerin zayıf kişilere göre hipertansiyona daha eğilimli olduğu saptanmıştır (Cam ve Top, 2015).

Diyastolik TA değeri 90-95. percentil arasında olan çocukların her gün düzenli olarak öğle yemeği yeme oranının (% 95), her gün 2-4 porsiyon meyve yeme oranının (% 80) ve sebze yemeği yeme durumunun (% 85), 90. percentil altında olan öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırma sonuçlarında görüldüğü gibi düzenli öğün tüketen, meyve ve sebze tüketen adolesanların diyastolik tansiyon değerlerinin normal sınırlarda olduğu belirlendi (Yüce, 2007).

Öğrencilerin ve ailelerin sosyodemografik özelliklerine, fiziksel aktivite davranışlarına, obezite durumuna, doğum tartısına ve sağlık durumuna göre diyastolik arter basıncı persentil değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı. Yapılan başka bir çalışma da çocukların doğum ağırlıklarına göre obezite oranlarında fark bulunmamıştır (Yüce, 2007). Uzun'un çalışmasında (2014) araştırmaya katılan adolesanların beden kitle indeksleri demografik değişkenlere göre incelendiğinde cinsiyete,

aylık gelire ve başarı düzeyine göre BKİ değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Araştırma sonuçlarıyla benzer şekilde yapılan bir çalışmada BKİ'ye göre sistolik ve diastolik kan basınçları arasında farklılık saptanmamıştır (Yüce, 2007).



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda;

- Adölesanların yaş ortalamasının $11,45 \pm 1,15$ olup, % 49,1'inin kız, % 50,9'unun erkek olduğu,
- Çocukların % 28'inin kilolu, % 21,1'inin obez olduğu,
- 10 yaşındaki çocuklarda obezite sıklığının diğer yaşlardaki öğrencilere göre daha yüksek olduğu,
- Obez olmayan çocuklarda günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yemek yeme oranının, obez çocuklara göre daha yüksek olduğu,
- Obez olmayan çocuklarda her gün 3-5 porsiyon sebze yeme oranının obez çocuklara göre daha yüksek olduğu,
- Obez olmayan çocuklarda okul başarı durumu iyi ve çok iyi olma durumunun obez çocuklara göre daha yüksek olduğu,
- Obez olmayan çocuklara aile ilişkileri iyi ve çok iyi olma durumunun, obez çocuklara göre daha yüksek olduğu belirlendi.
- Çocukların sistolik tansiyon açısından % 12,3'ünün prehipertansiyon olduğu,
- Çocukların diyastolik tansiyon açısından % 11,4'ünün prehipertansiyon olduğu,
- Çocukların ve ailelerin sosyodemografik özelliklerine, sağlık davranışlarına, doğum tartısına ve sağlık durumuna göre sistolik TA değerlerinde fark olmadığı,

- Araştırmada diyastolik TA değeri 90-95. percentil arasında olan çocukların günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yeme oranının, 90.percentil altında olan çocuklara göre daha yüksek olduğu,
- Diyastolik TA değeri 90-95. percentil arasında çocukların her gün düzenli olarak öğle yemeği yemek yeme oranının (% 95), 90. percentil altında olan çocuklara göre yüksek olduğu,
- Diyastolik TA değeri 90-95.percentil arasında olan çocukların her gün 2-4 porsiyon meyve yeme oranının, 90. percentil altında olan çocuklara göre yüksek olduğu,
- Diyastolik TA değeri 90-95. percentil arasında olan çocukların sebze yemeği yeme durumunun, 90. percentil altında olan çocuklara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Araştırma sonucunda dengeli ve sağlıklı beslenen adolesanlarda, okul başarısı ve aile ilişkileri iyi ve çok iyi olanlarda obezite prevalansının daha düşük olduğu saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler yapıldı;

- Obezitenin belirlenmesine yönelik olarak okullarda taramalar yapılmalı, fazla kilolu ve obez öğrenciler belirlenerek, bu öğrencilere ve ailelerine beslenme ve obezitenin önlenmesine yönelik sağlık eğitimleri yapılmalı ve bu çocukların izlemi yapılmalıdır.
- Çocukların günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yemeye teşvik edilmeli, öğün atlamama ve sebze ağırlıklı beslenmeleri konusunda eğitimler verilmelidir.
- Okullarda hipertansiyonun erken dönemde belirlenmesi için taramalar yapılmalı, risk altında olan çocuklar sağlık kuruluşlarına yönlendirilmelidir.

9. KAYNAKLAR

Akçam M., Boyacı A., Pirgon Ö., Dündar B. (2013). Isparta İlindeki On Okulda Çocukluk Çağı Şişmanlık Sıklığı Değişiminin Değerlendirilmesi. *Türk Ped Arş*, 152-5.

Ahrens W., Pigeot I., Pohlabein H., De Henauw S., Lissner L., Molnár D., et al. (2014). Prevalence of overweight and obesity in European children below the age of 10. *International Journal of Obesity*, 38, S99-S107.

Akan H., İzbirak G., Tanrıöver Ö., Kaspar E.Ç., Yıldız A., Tilev S.M., Tektaş S., Vitrinel A. (2010). Ergenlerde prehipertansiyon ve hipertansiyon sıklığı. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 14(3): 115-123.

Atalay A., Hasçelik H.Z. (2000). Obezite. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 31(4):320-329.

Altunkan H. (2013). “Karaman linde 6-19 Ya Grubu Çocuklarda Obezite Prevelansı”, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, S. 11.1, s. 6-11.

Akbulut G., Özmen M., Besler T. (2007). Obezite. *TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi*, s: 2-15.

Adam BN., Topgül OH., Gökçe G., Ay Ç., Salmış J., Yağan EA., Çelebiler A. (2014). İzmir İli Örneğinde Konak İlçesine Bağlı Bir Okulda 16-19 Yaş Arası Obezite Sıklık Araştırması. *İzmir Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2:17-21.

Berberoğlu M. (2008). Adölesanlarda Obezite, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı 2 Sempozyum Dizisi no: 63, s.79-80.

Baltacı G., Ersoy G., Karağaoğlu N., Derman O., Kanbur N. (2006). Ergenlerde Sağlıklı Beslenme, Hareketli Yaşam, Ankara.

Buyan N. (2008). Çocukluk Çağı Hipertansiyonu. Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi, 4(1):72-93.

Barbaros H., Balcı, S. (2015). Küreselleşen Dünyada Çocuklarda Büyüyen Sorun: Obezite. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi Cilt:3, Sayı:2 40

Candan C., Çalışkan S. (2005). Çocukluk Çağında Hipertansiyona Yaklaşım. Türk Pediatri Arşivi, 40: 15- 22.

Cam H.H., Top F. (2015). Adölesanlarda Prehipertansiyon ve Hipertansiyon Prevalansı ile Obezite Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Medicine Science; 4(2):2143-54 doi: 10.5455/medscience.2015.04.8225.

Cherian At., Cherian S., Subbiah S. (2010). Prevalence Of Obesity And Overweight İn Urban School Children İn Kerala, India.

Chiolero A., Paccaud F., Bovet P. (2007). Pre-hypertension and hypertension among adolescents of Switzerland. J Pediatr; 151: e24-5.

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

Çivilibal M. (2013). Çocuklarda Hipertansiyona Yaklaşım Approach to Hypertension in Children DOI: 10.4274/Haseki.1067 Derleme / Review . Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye.

Demirdağ G. (2010). 2002-2005 Arası Obezite Nedeniyle Gelen Hastaların 2009-2010'da Metabolik Parametrelerinin Ve Obezitesinin Tekrar Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Ankara: T.C. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim

Dalı.

Dinç G., Saatli G., Baydur H., Özcan C. (2009). Hypertension and overweight among Turkish adolescents in a city in Aegean region of Turkey: a strong relationship in a population with a relatively low prevalence of overweight. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 9: 450-6.

Dişçigil G., Aydoğdu A., Başak O., Gemalmaz A., Güre F.S. (2008). Aydın İlindeki İlkokul Çocuklarında Hipertansiyon Prevalansı ve İlişkili Faktörler. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 12(2): 70-74 doi:10.2399/tahd.08.070.

Doğrusoy Y. (2008). Edirne İl Merkezindeki 6-17 Yaş Arası Çocuklarda Hipertansiyon Prevalansinin Araştırılması Ve Hipertansiyon Saptanan Hastaların Yaşam İçerisinde Kan Basıncı İzlemi İle Doğrulanması, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Neşe Özkayın).

Eker E., Şahin M. (2002). Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. *STED*; 11(7): 246.

Elmacı E.B. (2007). Antihipertansif İlaç Kullanan Hastalarda Diyet Bilincinin 24 Saatlik İdrarda Sodyum Atılımı İle Kontrolü, Uzmanlık Tezi, (Danışman: Doç. Dr. Yüksel Altuntaş).

Falkner B., Sadowski R.H. (1995). Hypertension in children and adolescents. *Am J Hypertens*, 8: 106-10.

Genç Kayıran P., Taymaz T., Kayıran S.M., Memioğlu N., Taymaz B., Gürakan B. (2011). Türkiye'nin Üç Farklı Bölgesinde İlköğretim Okulu Öğrencileri Arasında Fazla Kilolu Sıklığı, Obezite Ve Boy Kısaldığı. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*. SETB. 45(1): 13-18.

Hatipoğlu N., Oztürk A., Mazicioğlu M.M, Kurtoğlu S., Seyhan S., Lokoğlu F. (2007). Waist Circumference Percentiles for 7 to 17-year-old Turkish children and adolescents. *Eur J Pediatr* 9.

Jackson, C., Sweeting, H., & Haw, S. (2012). Clustering of substance use and sexual risk behaviour in adolescence: Analysis of two cohort studies. *BMJ Open*, 2, 1-10. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000661.

Kabasakal C. (2007). Çocukluk Çağında Primer Hipertansiyon Tedavisi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı. Güncel pediatri Dergisi 5.

Kaya R. (2008). Edirne İl Merkezinde İlköğretim Okullarındaki Öğrencilerde Beslenme-Obezite-Fiziksel Aktivite İlişkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, (Danışman: Prof. Dr. Faruk Yorulmaz.)

Köksal G., Özel H. (2008). Çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729. Ankara: Klasmat Matbaacılık.

Kromeyer K., Hauspie R.C., Susanne C. (1997). Socioeconomic Factors And Growth During Childhood And Early Adolescence In Jena Children. *Ann Hum Biol* 24:343-353.

Kurtoğlu S. (2012). “Adolesanda Obezite ve Tip 2 Diabetes Mellitus”, Türk Aile Hekimliği Dergisi, S. 16, s. 35-43.

Limnili G., Özçakar S. (2010). Adölesanlarda Obezite. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir. Turkish family Phycian.

Maffeis C. (2000). Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. *Eur J Pediatr* 159: 35-44.

Metinoğlu İ., Pekol S., Metinolu Y. (2012). “Kastamonu’da 10-12 Yaş Grubu Öğrencilerde Obezite Prevalansı ve Etkileyen Faktörler”, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, s.:3.2, s.:117-123.

McNiece K.L., Poffenbarger T.S., Turner J.L., Franco K.D., Sorof J.M., Portman R.J. (2007). Prevalence of hypertension and pre-hypertension among adolescents. *J Pediatr* 150: 640-4.

Mokdad A.H., Bowman B.A., Ford E.S., Vinicor F., İşaretleri J.S., Koplan J.P. (2001). Obezite ve Amerika Birleşik Devletleri'nde Diyabet, Devam Eden Salgın Hastalıklar. *JAMA*; 286:1195-1200.

National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents (2004) The fourth report on the diagnosis, evaluation and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*, 114(2): 555-76.

Nam E.W., Sharma B., Kim H.Y., Paja D.J., Yoon Y.M., Lee S.H., Kim E.H., Oh C.H., Kim Y.S., Song C.H., Kim J.K. (2015). Obesity and Hypertension among School-going Adolescents in Peru. *J Lifestyle Med*, 5(2):60-7.

Nayır A. (2004). Acil Hipertansiyon Tanı ve Tedavisi. Karaböcüoğlu M., Uzel N., Yılmaz L. (Editörler). *Çocuk Acil Tıp Kitab'nda İstanbul: Medikal Yayıncılık*, s.307-17.

Ortabağ T., Ozdemir S., Bakir B., & Tosun N. (2011). Health promotion and risk behaviors among adolescents in Turkey. *The Journal of School Nursing*, 27, 304-15. doi: 10.1177/1059840511408322.

Önal Z., Adal E. (2014). Çocukluk Çağında Obezite. *Okmeydani Tıp Dergisi* 30(1): 39-44 | DOI: 10.5222/Otd.Supp1.2014.039.

Önsüz MF., Zengin Z., Özkan M., Şahin H., Gedikoğlu S. (2011). Sakarya'da Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Obezite ve Hipertansiyonun Değerlendirilmesi. *Sakarya Medical Journal*, 1(3):86-92.

Özcan C., Kılınç S., & Gülmez H. (2013). School Health and Legal Status In Turkey. *Ankara Medical Journal*, 13, 71-8.

Öztorra S. (2005). “İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması”, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Öncü İ. (2009). Çocukluk çağı obezitesinde metabolik parametrelerin diyet ve egzersizle ilişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana.

Piryani S., Baral K. P., Pradhan B., Poudyal A. K., & Piryani R. M. (2016). Overweight and its associated risk factors among urban school adolescents in Nepal: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 6(5), e010335.

Patterson M.L., Stern S., Crawford P.B., McMaho R.P., Similo S.L., Schreiber G.B., Morrison J.A., Waclawiw M.A. (1997). Sociodemographic factors and obesity in preadolescent black and white girls: NHLBI's Growth and Health Study. *J Natl MedAssoc*; 89:594-600.

Shah R., Rahaman B., Hurley C.K., Posch P.E. (2006). Allelic diversity in the TGF- β 1 regulatory region: characterization of novel functional single nucleotide polymorphisms *Hum Genet* 119: 61-74.

Sonia, S., Santosh, S. (2015). Effectiveness of Ginger Powder on Intensity of Pain in Primary Dysmenorrhea among the Nursing Students at Selected Colleges: A Pre-Experimental Study. *International Journal of Psychiatric Nursing*, 1, 68-71.

Sucakli MH., Çelik M. (2015). Obezite Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi. Türkiye Özal Tıp Merkezi Dergisi *J Fam Med-Special Topics* 6(3):1-6.

Şanlı C., Alpcan A. (2015). Kırıkkale İlinde 7-15 Yaş Grubu Çocuklarda Arteriyel Kan Basıncı Değerlendirilmesi. *Turkish Journal Of Clinics And Laboratory* 6(1): 8-13.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının

Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. (2014). Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara.

Uskun E., Öztürk M., Kişioğlu An., Kirbiyik S., Demirel R. (2005). “İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri”, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, S. 12.2, S. 19-25. Van.

Uzun N. (2015). T.C. Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Algılanan Ebeveyn Kontrolü Ve Depresyon İle Obezitenin İlişkisi: Obezite İçin Koruyucu Ve Risk Faktörleri. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı, (Danışman: Prof. Dr. Çiğdem Dereboy).

Yüce İ.H. (2007). “ Okul Çocuklarında Metabolik Sendrom Risk Faktörü Olarak Obezite Ve Hipertansiyon Taraması”, (Uzmanlık Tezi), TC. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 4. Çocuk Kliniği İstanbul.

Yılmaz A., Özaydin E., Demirel F., Köse G. (2015). Obez Adölesanlarda Obezite Gelişimini Belirleyen Faktörlerin Ve Metabolik Sendrom Varlığının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. Doi: 10.12956/Tjpd.2015.185.

Yıldız D., Fidancı B.E., Suluhan D. (2015). Çocukluk Dönemi Obezitesi Ve Önleme Yaklaşımları. TAF Prev Med Bull Cilt14, Sayı:4.

Yiğit R. (2011). Çocukluk dönemi obezitesinin yönetiminde hemşirenin rolü. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1:71-80.

National High Blood Pressure Education Program Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescents. Pediatrics, 1996 .98:649-58, Erişim Tarihi: 05.01.2016.

TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması, 2012. Haber Bülteni, 2013; Sayı: 13490. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13490>, Erişim Tarihi: 15.02.2016

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Adolescent Health, 2014
<http://www.cdc.gov/healthyyouth/adolescenthealth/>, Erişim Tarihi: 02.01.2016.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Obezite, 2012
<http://www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html>, Erişim Tarihi: 02.01.2016.

WHO. World Health Organization. Growth references data for 5-19 years, 2007
<http://www.who.int/growthref/en/>, Erişim Tarihi: 04.01.2016.

WHO. World Health Organization. Growth reference 5-19 years, 2007
http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/, Erişim Tarihi: 04.01.2016.

Statistics Canada. Çocukların ve Ergenlerin Yüzde Dağılımı, (Dünya Sağlık Örgütü Kesintileri Dayalı) Vücut Kitle İndeksi, 2009-2011 <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012003/article/11706/tbl/tb11-eng.htm>, Erişim Tarihi: 15.02.2016.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Dünyada Obezitenin Görülme Sıklığı, 2015.
<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=39>, Erişim Tarihi: 15.02.2016.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. (2015). Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Problemleri
<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=42> , Erişim Tarihi: 15.02.2016.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Obezitenin Nedenleri. <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=41>, Erişim Tarihi: 15.02.2016.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Dünyada Obezitenin Görülme Sıklığı <http://beslenme.gov.tr/>, Erişim tarihi: 20.05.2016).

TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2015
www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21507, Erişim tarihi: 20.05.2016.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Obezite Nasıl Saptanır? <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=43>, Erişim Tarihi: 20.05.2016.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Ergenlerde Sağlıklı Beslenme, Hareketli Yaşam, 2006 saglik.gov.tr/TR/dosya/1-10453/h/ergenlerdesagliklibeslenmehareketliyasam.pdf, Erişim Tarihi: 20.05.2016.

WHO. World Health Organization. Obesity, 2016. <http://www.who.int/topics/obesity/en/>, Erişim Tarihi: 20.05.2016.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği. <http://ailehekimligi.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 20.05.2016.

WHO. World Health Organization. Adolescent Health, 2016 http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/, Erişim Tarihi: 26.05.2016.

WHO. World Health Organization. Growth Reference, 2007 http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/, Erişim Tarihi: 26.05.2016.

HBSC. Health Behaviour in School-Aged Children Survey. www.hbsc.org/, Erişim Tarihi: 26.05.2016.

10. EKLER

Ek-1

ADÖLESANLARIN OBEZİTE VE HİPERTANSİYON AÇISINDAN TARANMASI

Anket No:

Sevgili Öğrenciler;

Bu araştırma, ergenlerde şişmanlık ve yüksek tansiyonu etkileyen faktörlerin saptanması amacıyla planlanmıştır. Aşağıda bu amaçla hazırlanmış bir soru formu bulunmaktadır. Sorulara doğru cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Araştırmada verdiğiniz bilgiler araştırma amacı dışında kullanılmayacaktır. Desteginiz ve katılımınız için teşekkür ederiz.

Müge ATICI ŞİMŞEK
Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Ad Soyad:

1- Sınıfınız: **2-Kilonuz:** **3-Boyunuz:** **4- Bel çevresi:**

.....

5-Yaşınız:

6- T.A:

7- Cinsiyetiniz

1-()Kız

2-()Erkek

8- Siz dahil kaç kardeşiniz?

1-() Kardeşim yok

2-() 2

3-() 3

4-() 4 ve üzeri

9- Kaçınıcı çocuksunuz?

1-() 1. Çocuk

2- ()2. Çocuk

3-() 3. Çocuk

4-() 4. Çocuk

5-() 5. ve üstü

10- Şu anki aile tipiniz nedir?

- 1-() Çekirdek aile (anne, baba, çocuk)
2-() Geniş aile (anne, baba, nine , dede)
3-() Anne -baba ayrı

11- Günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yiyor musunuz?

- () Evet
() Hayır

12- Gece yatmadan önce yemek yiyor musunuz?

- () Evet
() Hayır

13- Her gün düzenli olarak kahvaltı yapıyor musunuz?

- 1-() Evet
2-() Hayır

14- Her gün düzenli olarak öğle yemeği yiyor musunuz?

- 1-() Evet
2-() Hayır

15- Her gün düzenli olarak akşam yemeği yiyor musunuz?

- 1-() Evet
2-() Hayır

16- Her gün 2- 4 porsiyon meyve yiyor musunuz?(1 porsiyon: 1 orta boy elma, portakal, 1 küçük boy muz, 3-4 kayısı....)

- 1-() Evet
2-() Hayır

17-Her gün 3-5 porsiyon sebze yiyor musunuz? (1 tabak sebze yemeği :2 porsiyon, 1 tabak salata:1 porsiyon)

- 1-() Evet
2-() Hayır

18-Her gün yemek aralarında abur cubur yiyor musunuz?

- 1-() Evet
2-() Hayır

19- Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yiyor musunuz?(1porsiyon: 1 su bardağı süt, 1 kase yoğurt, 2 kibrit kutusu peynir)

- 1-() Evet
2-() Hayır

20- Günde kaç bardak su içersiniz?

21- Evde hamur yemekleri mi, sebze mi daha çok tüketiliyor ?

- 1- () Hamur yemekleri
2- () Sebze yemekleri

22- Günlük ortalama uyku sürenizi saat olarak belirtiniz?

Hafta içi:.....

Hafta sonu:.....

23- Şu anki, genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- 1-() Mükemmel 2-() Çok iyi 3-() İyi 4-() Orta 5-() Kötü

24- Haftada 3 gün 30-60 dakikalık bir fiziksel aktive (koşu, yüzme, futbol, basketbol, voleybol,...vb.) yapıyor musunuz?

1- () Evet

2- () Hayır

25- Günlük Tv izleme süreniz?

() İzlemiyorum

() saat izliyorum

26- Günde kaç saat bilgisayarda zaman geçiriyorsunuz?

() bilgisayarda hiç zaman geçirmiyorum

() saat bilgisayarda zaman geçiriyorum

27- Tv izlerken/bilgisayar kullanırken abur cubur tüketiyor musunuz?

1- () Evet

2- () Hayır

28- Günlük dışarıda oyun oynama süresiniz?

() Oynamıyorum

() saat oynuyorum.

29- Okula nasıl geliyorsunuz?

() Servis veya özel araçla

() Yürüyerek

30- Okul başarınızı nasıl değerlendirirsiniz?

() Kötü

() Orta

() İyi

() Çok iyi

31- Ailenizle ilişkilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?

1-() Çok kötü

2-() Kötü

3-() Orta

4-() İyi

5-() Çok iyi

32- Boş zamanlarınızı nasıl değerlendirirsiniz?

() Kitap okuma

() Spor aktiviteleri

() Bilgisayar oyunları

() Televizyon izleme

() Diğer(açıklayınız).....

Ek-2

**ERGENLERİN OBEZİTE VE HİPERTANSİYON AÇISINDAN TARANMASI
EBEVEYN SORU FORMU**

Anket No:

Sayın Veli;

Bu araştırma, ergenlerde şişmanlık ve yüksek tansiyonu etkileyen faktörlerin saptanması amacıyla planlanmıştır. Aşağıda bu amaçla hazırlanmış bir soru formu bulunmaktadır. Sorulara doğru cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Araştırmada verdiğiniz bilgiler araştırma amacı dışında kullanılmayacaktır. Desteginiz ve katılımınız için teşekkür ederiz.

Müge ATICI ŞİMŞEK
Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Öğrencinin Adı-Soyadı:

1- Annenin Yaşı: Kilosu: Boyu:

2- Babanın Yaşı: Kilosu: Boyu:

3- Annenin eğitim durumu nedir?

- 1- () İlkokul
- 2- () Ortaokul
- 3- () Lise
- 4- () Ön lisans
- 5- () Lisans
- 6- () Yüksek lisans

4-Babanın eğitim durumu nedir?

- 1- () İlkokul
- 2- () Ortaokul
- 3- () Lise
- 4- () Ön lisans
- 5- () Lisans
- 6- () Yüksek lisans

5- Annenin çalışma durumu?

1- () Çalışıyor (işinizi belirtiniz).....

2- () Çalışmıyor

6- Babanın çalışma durumu?

1- () Çalışıyor (işinizi belirtiniz).....

2- () Çalışmıyor

7- Gelir düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

1- () Çok kötü

2- () Kötü

3- () Orta

4- () İyi

5- () Çok iyi

8- Çocuğunuzun doğum ağırlığı?

9- Çocuğunuzun sürekli tedavi gördüğü bir hastalığı var mı?

() Var (belirtiniz:.....)

() Yok

10- Çocuğunuz hastalığı nedeniyle sürekli herhangi bir ilaç kullanıyor mu?

1- () Evet (belirtiniz:.....)

2- () Hayır

11- Annenin tansiyon durumu:

1- () Normal

2- () Yüksek

12- Babanın tansiyon durumu:

1- () Normal

2- () Yüksek

13- Anne sigara içiyor mu ?

1- () Evet

2- () Hayır

14- Baba sigara içiyor mu ?

1- () Evet

2- () Hayır

15- Ailede (dede, anneanne, babaanne, hala, amca, dayı, teyze) şişman kişi var mı ?

() Evet

() Hayır

16- Ailede yüksek tansiyonu olan var mı ?

1- () Evet

2- () Hayır

17- Ailede şeker hastası var mı ?

() Evet

() Hayır

19- Ailede kalp hastası var mı ?

1- () Evet

2- () Hayır

20- Ailede inme, felç geçiren var mı ?

1- () Evet

2- () Hayır



Ek-3

VELİ BİLGİLENDİRME FORMU

ÖĞRENCİNİN PROTOKOL NUMARASI:

Araştırmanın Başlığı: Adolesanların Obezite ve Hipertansiyon Açısından Taranması

Araştırmacılar: Müge ATICI ŞİMŞEK (Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi)

(Cep tel: Müge ATICI ŞİMŞEK: 0 545 545 57 54)

Danışman: Yard.Doç.Dr.Nesrin İlhan (Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Sıracevizler Cd. No:29 Bomonti Şişli – İSTANBUL Tel: 0 533 223 79 58 Email: nesrinilhan@halic.edu.tr)

I.Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Şişmanlığın (obezitenin) giderek yaygınlaşarak halk sağlığı sorunu haline gelmesi, tüm dünyada şişmanlık ile mücadele çalışmalarının başlamasına neden olmuştur. Şişman çocuklar ilerleyen dönemlerde şişman erişkinler olarak karşımıza çıkmaktadır. Şişmanlık kalori alımı ile kullanımı arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıksa da çeşitli faktörlerle de ilişkilidir. Şişmanlığın oluşmasında başlıca risk faktörleri; aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları, yetersiz fiziksel aktivite, yaş, cinsiyet, eğitim, düzeyi sosyokültürel etmenler, gelir durumu, hormonal ve metabolik etmenler, genetik etmenler, psikolojik problemler, sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulama, olarak sıralanabilir.

Hipertansiyon (yüksek tansiyon) erişkin hastalığı olarak kabul edilmesine rağmen çocukluk ve ergenlik dönemindeki sıklığı artmaktadır. Hipertansiyon erişkin yaşlarda ortaya çıkan, temeli çocukluk çağına uzanan birçok hastalık için risk etmenidir. Çocuklarda hipertansiyon sıklığı erişkinlerden daha az olmakla birlikte çocukluk çağında görülen

önemli sorunlardan biridir. Çocuklardaki ortalama kan basınçları artmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarına başvuran üç yaşından büyük çocukların kan basıncı ölçümlerinin yapılması önerilmektedir.

Çocukluk ve ergenlik döneminde hipertansiyon sıklığındaki artış; obezite artışı, fizik aktivite azlığı, yüksek kalorili, aşırı tuzlu beslenmenin artışı ile ilişkilendirilmektedir. Çocukluk ve ergenlikteki obezite ve hipertansiyon görülme durumunun ve etkileyen faktörlerin bilinmesi bu döneme yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin planlanması açısından önemlidir. Bu nedenle araştırma; adölesanların obezite ve hipertansiyon açısından taranması, obezite ve hipertansiyon açısından risk altında olan adölesanların belirlenmesi amacıyla planlandı.

Araştırma sırasında öğrenci ve velilerin karşılaşılabileceği riskler ve rahatsızlıklar bulunmamaktadır. Öğrenci ve ebeveynlerden sadece bir kez soru formunu doldurması istenmektedir. İstedığınız anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Öğrenci ve ebeveynler araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir sorumluluk altına girmeyecek ve kendisine de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Soru formunun doldurulması sırasında alınan bilgiler yalnız adı geçen çalışmada kullanılacak ve kimlik bilgileri alınmayacaktır.

Ek-4

VELİ ONAM FORMU

**ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI: ADOLESANLARIN OBEZİTE VE
HİPERTANSİYON AÇISINDAN TARANMASI**

Yukarıda araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın velisi bulunduğum katılmasına izin veriyorum.

Velinin Adı-Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Ek-5



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 98
KONU: Etik Kurul İzni

25.12.2015

Sayın; Müge ATICI

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Yrd. Doç. Dr. Nesrin İLHAN'ın danışmanlığında planlanladığımız "Adölesanlarda Obesite, Hipertansiyon ve Etkileyen Faktörler" isimli araştırmanız kurulumuzun 25.12.2015 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

S. Kayalı
Prof.Dr.Eyüp Sabri KAYALI
Etik Kurul Başkanı



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411-44-E.10967443
Konu: Müge ATICI ŞİMŞEK

27.10.2015

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
(Yazı İşleri ve Arşiv Direktörlüğüne)

- İlgi: a) 16.10.2015 tarih ve 690 sayılı yazınız.
b) Valilik Makamının 23.10.2015 tarih ve 10855148 sayılı oluru.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Müge ATICI ŞİMŞEK'in "*Adölesanlarda Obezite, Hipertansiyon ve Etkileyen Faktörler*" konulu tezine dair araştırma çalışması hakkındaki ilgi (a) yazınız ilgi (b) valilik onayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve araştırmacının söz konusu talebi; bilimsel amaç dışında kullanılmaması, *uygulama sırasında bir örneği müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının uygulanması*, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun müdürlüğümüzden izin alınmadan kamuoyuyla paylaşılması koşuluyla, gerekli duyurunun araştırmacı tarafından yapılmasını, okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim -öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Valilik Onayı doğrultusunda işlem bittikten sonra 2 (iki) hafta içinde sonuçtan Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme Bölümüne rapor halinde bilgi verilmesini arz ederim.

Murat ADALI
Müdür a.
Şube Müdürü

EK:1- Valilik Onayı
2- Ölçekler

Elektronik İmzalı Aşlı Sistemimizde Mevcuttur	
Adı Soyadı:	M U A İ T A Ç E L E B İ
Ünvanı:	Bölüm Şefi
Tarih:	03.11.2015
İmza:	

İl Millî Eğitim Müdürlüğü
E-Posta: sgb34@meb.gov.tr

A. BALTA VHKİ
Tel: (0 212) 455 04 00-239
Faks: (0 212)455 06 52

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Müge ATICI ŞİMŞEK

Tel: 0 545 545 57 54

Doğum Tarihi : 06.11.1989

Doğum Yeri : Kırklareli

Medeni Hali : Evli

Eğitim Durumu :

2004-2008 Lüleburgaz Anadolu Lisesi

2009 -2013 Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

09.2014- Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Adres: Nurtepe Mahallesi Şair Nigar Sokak No:3 Daire:1 Kağıthane/İstanbul

E-Posta : muge-hms@hotmail.com.tr

Yabancı Diller : İngilizce (Orta Seviyede)

Deneyimler :

Temmuz 2013- Eylül 2013 Amerikan Hastanesi (Hemşire)

Ekim 2013- Eylül 2014 Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (Araştırma Görevlisi)

Şubat 2015- Mayıs 2015 Acıbadem Fulya Hastanesi (Hemşire)

Sertifika Bilgileri

17th International Nursing Research Conference Investen İscii – (11.2013)

4. Koç Üniversitesi Hemşirelik Öğrencileri Etkinliği Koç Üniversitesi Hemşireliği Yüksekokulu-(03.2013)

29-30 Mart 2013 tarihinde 4. Koç Üniversitesi Hemşirelik Öğrencileri Etkinliği' inde alınan katılım belgesidir.

Tıbbi Kupa Terapisi Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi- (12.2011)

Seminer ve Kurslar

Temel Yaşam Desteği Eğitimi Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu-(22. 03.2013- 23.03.2013)

Bilgisayar Bilgisi :

* Microsoft Office Word – Excel – Powerpoint (İyi Derecede)

